ROK II № 7—8

LIPIEC — SIERPIEŃ — 1927

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
WSZYSTKIM DZIAŁOM
DENTYSTYKI

*

Redaktor: Lekarz-Dentysta S. Sokalski. Łódź, Andrzeja № 4. Telefon № 54-12
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik. Łódź, Piotrkowska № 23. Telefon № 23-73

*

TREŚĆ:

Redakcja nie zwraca rękopisów i zastrzega sobie prawo zmian i skrótów.
Rzeczy nadesł. powinne być pisane po jednej stronie arkusza z pozost. marginesu.

ZAKŁ. GRAF.
FILIPA GRAPOWA
ŁÓDŹ, GDAŃSKA 87

ROZCZYN HALOGENU PODŁUG ALBRECHTA i ULCERA w STOMATOLOGJI i DENTYSTYCE.

DR. G. KRONENFELS (WIEDEŃ).

Doświadczenia, dokonane przeze mnie przy stosowaniu rozczynu halogenu (chlorowców), sporządzonego podług Albrechta i Ulcera, w przypadkach schorzeń jamy ustnej i zębów, wydają się o tyle pomyślnemi, że już dziś chcę o nich zakomunikować i roztwór ten polecić, by koledzy mogli sprawdzić sposób użycia, ewentualnie rozszerzyć i udostępnić ogółowi nader zachęcające wyniki działania roztworu halogenu.

Przedewszystkiem chciałbym przypomnieć o roztworze halogenu to, co wiadomem już jest z łamów „Wiener Klinische Wochenschrift" z r. ubiegłego. Prof. P. Albrecht ogłosił 20. V. 1926 na posiedzeniu chirurgów we Wiedniu swoje dodatnie próby, dokonane w ogólnej chirurgji roztworem halogenu, który jako kombinacja rozczynu Dakina (podchlorynu) i rozczynu jodowego Pregla łączy w sobie ich dodatnie działanie. Omawiany rozczyn halogenu powstaje z roztworu mieszaniny soli halogenów (chlorowców) — jodu, chloru i fluoru w wodzie dystylowanej (wytwarza tow akc. Kufstein). W handlu otrzymuje się w najmniejszem opakowaniu, jako proszek po 10 gr. w rurkach szklanych. Proszek ten rozpuszcza się łatwo w 1 litrze wody dystylow., tworząc przepisany roztwór p/g Albrechta; zamknięty szczelnie w ciemnej szklanej rureczce i przechowywany w suchem i chłodnem miejscu, pozostaje przez długi czas niezmienionym i nadaje się w każdej chwili do użycia; dzięki tej właściwości roztwór może być w razie potrzeby szybko przygotowany. Roztwór o zabarwieniu żółtawo-brunatnem nie zmienia w ciągu wielu tygodni chemicznego składu i siły działania, gdy jest przechowywany w miejscu ciemnem i chłodnem w naczyniu szczelnie zakorkowanem. Jeżeli jest wystawiony przez dłuższy czas na działanie promieni słonecznych lub powietrza, zmienia barwę ciemną na jaśniejszą, zmienia się też skład chemiczny i słabnie działanie Roztwór czuć nieco chlorem, co jednak przy użyciu w jamie ustnej nie jest zbyt niemiłem. Smak nieco słonawy i wyraźnie jodowy. Z krochmalem daje znany odczyn jodowy — zabarwienie niebieskie, dlatego też należy zwrócić uwagę, by nie stykać roztworu z gazą, nie pozbawioną krochmalu. Roztwór halogenu jest nieco hypertoniczny i wykazuje stężenie jodów wodorowych $P_H = 6._0$. Nie wpływa zgoła szkodliwie na zdrową skórę, stosowany nawet w formie okładów przez dłuższy czas, również i na tkanki w stanie zapalnym. Na błony śluzowe poleca się roztwór 10 krotnie (w wodzie dystylowanej) słabszy, później — stopniowe podnoszenie stężenia do normalnego roztworu. Nawet przy stosowaniu roztworu nierozcieńczonego w przypadkach schorzeń śluzówki jamy ustnej i dziąsła nie widziałem ani razu skutków ujemnych.

Najwybitniejszą własnością roztw. halogenu jest jego siła bakterjobójcza, stwierdzona zapomocą doświadczeń Rizaka:

Roztw. halogenu pozostaje jałowy nawet w naczyniach uprzednio niewyjałowionych. W 20 sekund zabija zarodniki mniej gęstych kolonij drobnoustrojów, gdy przy 24 godzinnem działaniu roztworu giną również gęste skupienia bakteryj. Do tych doświadczeń użył Rizak gronkowca złotego, prątków okrężnicy i Bacillus subtilis. W 24 godziny roztwór halogenu, działając na ropę, zabił całkowicie wszelkiego rodzaju zarodniki, nawet w rozcieńczeniu 1 : 5. Krew i osocze zmniejszają siłę bakterjobójczą halogenu.

Rizak zaznacza, że, w przeciwieństwie do roztw. Pregla, halogen posiada siłę bakterjobójczą w rozcieńczeniach znaczniejszych i działa w czasie znacznie krótszym. Wyłącznie w stosunku do bacillus pyocyaneus okazał się halogen jedynie hamującym rozrost, tem samem, podobnie jak roztwór Pregla — prawie bezskutecznym. W tem miejscu należy wspomnieć o zawartości jodu w tym roztworze halogenu. Na 1000 części normalnego nierozcieńczonego roztworu posiadamy 0,4 g. wolnego jodu i 1,19 g. związanego. Jeżeli do stałych przepłukiwań używamy 10krotnie rozcieńczonego roztworu, zmniejsza się ogólna zawartość jodu do 16 mg $^0/_0$; wzgl. przy 5 krotnem rozcieńczeniu — do 32 mg $^0/_0$; większa część kwantum tego zostaje wnet wydalona, czyli że minimalne tylko ilości mogą być wessane i nie potrafią wywrzeć wpływu szkodliwego nawet przy istniejącym hyperthyreoidismus. Do przepłukiwania jam wystarcza 30 cm^3 nierozcieńcz. roztworu, do bezpośredniego traktowania kieszonek dziąsłowych — 10 cm^3, tak że i w tym wypadku zostają użyte zaledwie 4 do 12 mg. wolnego jodu; z tego znowu większa część nie pozostaje w organiźmie i nie ulega resorbcji.

Obok niewątpliwie dowiedzionych własności bakterjobójczych roztworu halogenu podkreśla Albrecht jeszcze tę okoliczność, że rozczyn jest hypertoniczny. Dzięki tej właściwości osiąga się wyższą koncentrację jonów wodorowych a tem samem i przekwaszenie tkanek. Stan nadkwasowości także wpływa ujemnie na warunki biologiczne drobnoustrojów. Lukomsky dowiódł, że przez zmiany stężenia jonów wodoru w ślinie możliwem jest stworzenie niepomyślnych warunków dla życia i rozmnażania się drobnoustrojów w jamie ustnej. Z drugiej zaś strony przez powiększenie stężenia H osiąga się dodatni wpływ na tkankę chorą, aczkolwiek niewyjaśnionem jest dotąd, jakie chemiczno-fizykalne procesy odgrywają główną rolę. Należy zaznaczyć, że początkowo używano samych soli jodowych i chlorowych i dopiero po dodaniu soli fluoru uwidoczniło się odpowiednie działanie na chore tkanki. W każdym razie rozczyn halogenu — w przeciwieństwie do innych antyseptyków, które tkankę niszczą — przyśpiesza proces gojenia (obok swych własności dezynfekcyjnych), które objawia się w postaci wzmożonego wytwarzania się tkanki łącznej, jak to stwiedził Albrecht na dużym materjale operacyjnym; w warunkach aseptycznych procesu gojenia wytwarzały się szybko mocne i twarde blizny, w ranach zakażonych szybko mijał stan zapalny, obrzęk znikał, bóle ustawały i często „zadziwiająco" szybko rany się oczyszczały. Również i Rizak stwierdza na zasadzie swych klinicznych spostrzeżeń, że halogen wywiera nader dodatni wpływ na gojenie ran, a niedawno Denk podkreślił sprzyjający wpływ na gojenie per primam i zmniejszenie się ropienia po zaszyciu ran.

Biorąc pod uwagę przytoczone wyżej dane, łatwo zrozumieć dążność do zastosowania rozczynu halogenu w stomatologji i dentystyce, prze-

dewszystkiem zaś przy sprawach zapalnych i ropnych oraz zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej, powtóre — wszędzie, gdzie dotychczas używaliśmy silnych środków odkażających, które zawsze działają przyżegająco na tkanki albo też wytwarzają strupki.

Z chwilą wprowadzenia rozczynu halogenu usunąłem ze swej apteczki całą masę środków odkażających i przyżegających, przez co osiągnąłem znaczne uproszczenie pomocniczego aparatu leczniczego i oczyściłem powietrze w gabinecie lekarskim, co jest jednakowo miłe i dla lekarza i dla pacjenta. Co się tyczy spraw zapalnych śluzówki jamy ustnej, to stosowałem rozczyn halogenu przy stomatitis i to w ten sposób, że zwilżałem miejsca wrzodziejące bezpośrednio nierozcieńczonym roztworem, przykładając i przyciskając waciki, przepojone roztworem przez 2 — 3 m. Pacjentom polecałem płukania ust codziennie roztworem 10-cio lub 5-cio krotnie rozcieńczonym. Już pierwszego dnia obserwowałem szybkie znikanie objawów zapalnych, przedewszystkiem zaś szybkie ustąpienie bólów już po pierwszem płukaniu. Po wtórnem zastosowaniu nierozcieńczonego rozczynu na II-gi dzień, gdy już widocznem było zblednięcie zaczerwienionej uprzednio śluzówki, zapalenie znikało zupełnie.

Przy stanie zapalnym pryszczykowym śluzówki stosowałem to samo leczenie, poczem ból natychmiast ustawał a same pleśniawki szybko goiły się.

Przy zapaleniu dziąseł jest zrozumiałym warunek mechanicznego oczyszczania zębów, to zn. usunięcie osadów i kamienia nazębnego celem wykluczenia na przyszłość zapalnych podrażnień brzegów dziąsłowych; rzecz oczywista, że zabieg ten musi poprzedzać — o ile możliwe — wszelkie inne zabiegi lecznicze. Wobec tego jednak, że często przy stanie zapalnym silne bóle uniemożliwiają wykonanie wspomnianego warunku, w kilku przypadkach zaniechałem początkowo mechanicznego oczyszczania, stosując jedynie rozczyn halogenu. Skutek i wtedy bywał dodatni; zmniejszał się ropny wysięk, zmniejszały się objawy zapalne, zwłaszcza ustawały bóle, nadmierna wrażliwość oraz skłonności do krwawienia dziąseł; dopiero podczas następnej wizyty w warunkach łagodniejszych przeprowadzano względnie bezboleśnie mechaniczne oczyszczenie. Nadspodziewane i dla nas najważniejsze są wyniki, które się osiąga przy paradentalpyorrhoe. Wprowadzam do kieszonek kuleczki zwilżone w nierozcieńczonym roztworze halogenu i pozostawiam przez kilka minut, nakrapiając rozczynem, lub roztwór ten zapomocą metalowych drobnych ssawek wstrzykuje głęboko do kieszonek. W domu polecam pacjentowi dokładne płukanie 10 wzgl. 5 krotnie rozcieńczonym roztworem. Objawy zapalne i bolesność znikały po 2—3 dniach całkowicie, również ropotok znikał szybko, tak że w krótkim czasie mogłem stwierdzić oczyszczenie się bardzo głębokich kieszonek. Dziąsło przybierało swe normalne zabarwienie, ścianka wewnętrzna kieszonek stawała się gładką, pokrywała się twardym nabłonkiem i nie krwawiła tak jak przedtem przy najlżejszem dotknięciu; wysięk znikał i zęby nawet już bardzo rozchwiane wzmacniały się wydatnie.

Ostatecznego sądu jeszcze nie wydaję, natomiast gorąco polecam stosowanie rozczynu halogenu przy ropotoku przyzębnym (Paradentalpyorrhoe).

Aby uniknąć zapaleń dziąsła wskutek zranienia lub podrażnienia przy preparowaniu zębów celem osadzenia koronek lub mostków, przy zakładaniu matryc lub wykończeniu wypełnień, następnie by wpłynąć na szybsze gojenie się tych uszkodzeń, przepłukuje dziąsło przed rozpoczęciem preparowania i po skończonem posiedzeniu stężonym rozczynem halogenu; nie stosuję już zupełnie tak często dotąd używanej nalewki

jodowej i przez to oszczędzam pacjentom palącego bólu. Od tej pory widziałem tylko przemijające szybko objawy zapalne dziąsła.

Przy zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej znajduje halogen liczne zastosowanie a przedewszystkiem podczas przygotowania pola operacyjnego. Nieodzownym warunkiem przed każdym nawet najmniejszym krwawym zabiegiem w jamie ustnej jest dokładne wyjaławianie tejże, by wszelkie ujemne działanie zarodników zniweczyć i w miarę możności zmniejszyć ich jadowitość. Warunek ten należy dobitnie podkreślić z uwagi również na doniesienie Kaspara o przypadku zgorzeli policzków (noma), która może być skutkiem wyjęcia zęba. Dlatego też polecam kategorycznie dokładne oczyszczanie i odkażanie jamy ustnej przed każdym zabiegiem, o ile stwierdza się objawy stomatitis lub gdzie higjena jamy ustnej wiele pozostawia do życzenia. Przed zabiegiem operacyjnym polecam do odkażania jamy ustnej płukanie rozcz. halogenu w rozcieńczeniu 1 : 10 do 1 : 5, tamponowanie pola operacyjnego nierozcieńczonym rozczynem, zakładanie w przestrzenie międzyzębowe w pobliżu pola operacyjnego przepojonych rozczynem stężonym wacików na 2—3 minuty, przyczem należy tymże nakrapiać waciki kilkakrotnie.

W przypadku niepowikłanej ekstrakcji, gdy zębodół pozostał nienaruszonym, zwilżamy jedynie powierzchnię stężonym rozczynem i polecamy płukanie rozczynem rozcieńczonym.

Jeśli stosowałem gazę stryphnon z powodu silnego krwawienia z zębodołu, to po usunięciu tejże zakładam na 5 minut luźny tampon przepojony rozczynem halogenu, by unieszkodliwić ewentualne działanie drobnoustrojów. O ile dawniej rany poekstrakcyjne po tamponowaniu goiły się leniwie, o tyle teraz zapomocą przemywania zębodołu halogenem gojenie znacznie się przyśpiesza.

W przypadkach ekstrakcji korzeni wskutek zapalenia okostnej nawet ropnego lub wtedy, gdy w trudniejszych przypadkach następowało znaczne uszkodzenie tkanek miękkich, np. przy użyciu dźwigni, przestrzykuje starannie ranę stężonym roztworem i zakładam na 5 minut luźny tampon, przesycony stężonym rozczynem, osiągając w ten sposób dostateczne odkażenie, poczem pozostawiam ranę zupełnie otwartą, ułatwiając odpływ wytwarzającego wysięku oraz dając możność przepłukiwania rany rozcieńczonym 1 : 10 roztw. halogenu. Pomyślny wynik tej metody, stosowanej przeze mnie we wszystkich tego rodzaju przypadkach, polega na odkażeniu rany, szybkiem gojeniu się, jak przy „czystych“ ekstrakcjach, braku posokowatego wysięku i cuchnących osadów, zmniejszeniu się bólów a tem samem więc braku objawów zapalnych, które obserwujemy jako skutki ekstrakcji zropiałych pieńków.

Gdy byłem zmuszony pozostawić ranę otwartą przez luźne tamponowanie, i wtedy stosowałem tamponiki przepojone rozcz. halogenu, przyczem gazę przepajałem rozczynem, używanym do czystego płukania jamy ustnej, i wskutek tego rana nie podlegała zanieczyszczeniu. I w tym wypadku miałem wyniki doskonałe, zaprzestałem więc używania gazy jodoformowej, która dość często wywołuje nieprzyjemne uczucie przez jej zapach i smak.

Przy odcięciu wierzchołka i wyłuszczeniu torbieli, gdy torbiel może być wyłuszczona w całości, przestrzykuje się ranę stężonym rozczynem halogenu przed nałożeniem szwów, następnie pozostawia się na kilka minut w jamie kostnej wacik, przesiąknięty rozczynem halogenu, poczem nakłada się szwy, nie wysuszając zbytnio rany, by nieco tegoż w ranie

pozostawało, jak to poleca Albrecht w chirurgji ogólnej. Nawet i w przypadkach zropiałych ziarniniaków i torbieli następowało gojenie per primam bez objawów zapalnych pooperacyjnych, tworzenie się twardych blizn oraz prawdopodobnie pomyślniejsze wytwarzanie się blizny kostnej.

Przy ropniach w obrębie szczęk, po szerokiem otwarciu ropni przestrzykiwałem słabym strumieniem stężonego rozczynu halogenu, poczem zakładałem do jamy ropnia luźny tampon przepojony również stężonym rozczynem. Przy zamianie tamponu stosowałem ponownie przestrzykiwanie I w tych przypadkach spostrzegłem, że objawy zapalne niezwykle szybko ustępowały, rana oczyszczała się prędko, a zwłaszcza wysięk ropny cuchnący ustępował miejsca wysiękowi surowiczemu bez zapachu.

Przy przetokach widziałem nadspodziewanie szybkie wygojenie po przestrzyknięciu stężonym halogenem i natychmiastowem dokładnem wypełnieniu przewodu. Po 2-3 dniach znikały objawy zapalne. Wysięk po przestrzykiwaniu był surowiczy i na trzeci dzień po wypełnieniu przewodu ujście przetoki zasklepiało się i zanikało.

Przy wszczepieniu zębów nie miałem sposobności stosowania halogenu, polecam go jednak dla oczyszczania pola operacyjnego a zwłaszcza zębodołu, mającego przyjąć ząb replantowany, również dla przechowywania zęba w rozczynie nawet przez dłuższy czas.

Jestem przekonany, że i w dużej chirurgji stomatologicznej można również osiągnąć świetne wyniki, stosując odpowiednio halogen, jak to notuje chirurgja ogólna.

I w dentystyce zachowawczej miałem możność używania halogenu: 1. do odkażania pola operacyjnego 2. przy wypełnianiu przewodów

Co do punktu pierwszego, mam na myśli przypadki większych ubytków spróchniałych zębów, wypełnionych cuchnącemi masami o dużej ilości drobnoustrojów. Przed usuwaniem tych mas kładę do ubytku, nie wywierając ucisku, wacik ze stężonym rozczynem. Pożądanem jest uprzednie lekkie nagrzanie rozczynu, by uniknąć przykrego działania zimnej kuleczki waty. Przy nagrzewaniu rozczyn pozostaje niezmieniony, gdyż dopiero po dłuższem gotowaniu traci swoje początkowo żółtawo-brunatne zabarwienie. Tę wkładkę pozostawiam przez kilka minut, poczem dopiero usuwam w ten sposób odkażone masy. Po uformowaniu ubytku przemywam go również ogrzanym rozczynem, co pacjentom żadnego bólu nie sprawia.

Przy wypełnianiu przewodów używa się halogenu w stężonym roztworze do odkażenia ubytku po usunięciu wkładki uśmiercającej miazgę, przed trepanacją komory miazgowej, następnie po wyłuszczeniu miazgi; celem dezynfekcji komory miazgowej i przewodów również pozostawia się halogen jako wkładkę. Prócz dezynfekcji wkładka ta wpływa pobudzająco na tkankę okołowierzchołkową, zamieniając tkankę ziarninową na bliznowatą. Zdaje sie, że ten sposób powinien być racjonalniejszy niż metoda, która poleca np. kwas karbolowy wysokoprocentowy, którego zadaniem jest wytwarzanie strupów przy szczycie korzenia; dopiero pod tym strupkiem następuje gojenie, i w końcu sam strupek musi ulec zbliznowaceniu.

Przy zgorzeli miazgi halogen ma oczyścić przewód, unieszkodliwiając wszelkie drobnoustroje, przyczem potęguje się działanie używanej w czasie dalszego wyjałowienia przewodu neoantiforminy. Surowe mięso (0,2 g.), trzymane uprzednio w stężonym halogenie przez 24 godziny, rozpuściło się prawie zupełnie po włożeniu do probówki, zawierającej 1 cm^3 neoantiforminy, gdy w probówce kontrolnej ta sama ilość mięsa pozostała w 1 cm^3 antiforminy nienaruszoną.

Stosuje halogen przy zgorzeli jako wkładkę, nie zamykając jej początkowo hermetycznie. Dobrze znoszą pacjenci halogen w przewodzie i pod hermetycznem zamknięciem, przyczem znikają podrażnienia okostnej. Oczyszczanie chemiczne i mechaniczne przewodu nie może być zaniechane przez samo stosowanie halogenu, którego działanie polega na odkażaniu przewodu i pobudzaniu do gojenia się tkanki wkołoszczytowej.

Streszczając powyższe, polecam stosowanie halogenu nierozcieńczonego tylko miejscowo, do płukania zaś jamy ustnej rozcieńczonego z wodą dystylowaną pięciokrotnie, a w szczególnych przypadkach, wymagających ostrożności — dziesięciokrotnie.

Należy zaznaczyć jeszcze, iż Albrecht poleca halogen do dezynfekcji rąk zamiast sublimatu.

W dentystyce więc znajdujemy wiele możności stosowania halogenu. Uważam, że jest to nader cenny środek odkażający, który powinniśmy ze względu na wyśmienite działanie wszechstronnie i szeroko stosować.

Zeitschrift für Stomatologie № 5, 1927.

Dr. H. Lajchter (Łódź).

OBRZĘKI (GUZY) SZCZĘK i ICH LECZENIE.

PROF. G. AXHAUSEN, (BERLIN).

Podczas mej praktyki w klinice chirurgicznej oraz współpracy z Uniwersyteckim Instytutem Dentystycznym miałem możność obserwowania i leczenia całego szeregu obrzęków szczęk. Podzielę się mojemi spostrzeżeniami oraz podam słów kilka o leczeniu. Pominę zupełnie obrzęki badalne, których leczenie przeprowadzono w Instytucie Dentystycznym; omówię li tylko sprawę tych obrzęków, które wymagają ingerencji chirurga. Nie chcę przez to powiedzieć, że te sprawy chorobowe leżą poza zębolecznictwem. Odwrotnie: skuteczne chirurgiczne leczenie bez pomocy dentystycznej nie daje się pomyśleć. Prawie we wszystkich przypadkach obrzęków szczęk dodatni wynik zabiegu chirurgicznego oraz częstokroć utrzymanie chorego przy życiu zależy od dokładnego rozpoznania cierpienia. Ponieważ prawie zawsze chory z obrzękiem zwraca się przedewszystkiem do dentysty, nie od chirurga więc, lecz od dentysty zależy los chorego. Odpowiedzialność ta zmusza do posiadania ścisłych wiadomości z tej dziedziny. Lekarz-dentysta może rozpoznać guz w samym zacządku, podczas gdy chory sam jeszcze nie zwrócił nań uwagi. W końcu praktyka dentystyczna ma szerokie pole działania w sprawach pooperacyjnych.

Rozpoczynam od szczęki górnej. Pierwsze miejsce w stosunku do częstości schorzeń, wychodzących z błony śluzowej lub jam, zajmuje rak szczęki górnej. Chorzy w tych przypadkach rzadko kiedy początkowo zwracają się do chirurga, przeważnie zaś do specjalisty chorób uszu lub dentysty. Do pierwszego — z powodu wydzielin z nosa, do drugiego — ponieważ wskutek rozrostu guza następuje ucisk na II gałąź n trójdzielnego chory odczuwa bóle zębów. U wszystkich naszych chorych, którzy na początku swej choroby mieli jeszcze zęby, były one usuwane. Wczesne rozpoznanie raka jest ważnem zadaniem specjalisty chorób nosa i specjalisty chorób zębów. Jeśli u osobnika starszego występują bóle zębów w obrębie szczęki górnej, przytem niema istotnych cech torbieli, należy zawsze pomyśleć o raku. Nie należy zapominać jednak, że może być rak i bez bólu zębów. Jeżeli pomimo racjonalnego postępowania istniejące bóle zębów nie ustępują, winna nasuwać się myśl o raku. Myśl tę praktycznie dowieść, diagnostycznie uzasadnić — jest rzeczą chirurga. Pomocniczemi środkami mogą być roentgenogramy i próbna punkcja; należy natomiast z wielu względów przestrzec przed próbnem otwarciem ogniska oraz próbnem wycięciem (excisio). W okresach późniejszych rozpoznanie jest łatwiejsze przez samo wejrzenie i obmacywanie. Wczesne rozpoznanie raka jest tem ważniejsze, że zabieg chirurgiczny w tym stanie daje najlepsze wyniki. Początkowo oddzielony kostną otoczką i przez to zbliżony do guzów dobrotliwych, dopiero w okresach późniejszych daje przerzuty do gruczołów, gdy otoczka została przedarta. Statystyka (Franz König) wykazuje, że leczenie daleko posuniętego raka nieraz trwa lata, mianowicie 10, 12, 15 lat. Że rak nawet przy znacznym rozwoju szczędzi okostną, może udowodnić następujące spostrzeżenie:

Przypadek I. 58 letnia kobieta cierpiała od dłuższego czasu na neuralgiczne bóle w prawej górnej szczęce, a z biegiem czasu i na wydzie-

liny z prawej strony nosa; dopiero wzrastające zgrubienie prawej połowy wargi sprowadziło ją do kliniki dentystycznej. Badanie wykazało znaczne wygórowanie powierzchni przedniej i nosowej szczęki górnej, przypłaszczone wygórowanie twardego podniebienia; górna szczęka bezzębna, oko nieznacznie zmienione, wszystkie wyczuwalne ścianki kostne poddają się przy ucisku. Potężny guz, wszędzie ostro odgraniczony, wypełnia całą szczękę górną, której ścianki są znacznie ścieńczone, lecz nigdzie nie przebite.

Leczenie raka szczęki górnej polega na rezekcji szczęki. Ostatnio stosuje się często naświetlanie prom. Roentgena, lecz dotychczasowe doświadczenie wykazało, że Roentgen nie może współzawodniczyć z nożem. Trudności ongiś związane z uśpieniem ogólnem w czasach obecnych zupełnie są usunięte dzięki udoskonaleniu techniki znieczuleń miejscowych. Szczegóły techniczne w tym miejscu muszą być przeze mnie opuszczone.

Strona kosmetyczna po rezekcji szczęki przedstawia się daleko lepiej, niż się można było po takim zabiegu spodziewać. Rany skórne po zagojeniu tworzą delikatne, cienkie blizny. Przy odpowiednio dłuższej tamponadzie ran wewnętrznych, ścianki ziarninują i pokrywają się nabłonkiem bez znacznych skurczów i efekt kosmetyczny jest niezły. Jeśli zaś zaniedbać tę długotrwającą tamponadę, górny płat zostaje dowolnie przez bliznę ściągnięty z niedostatecznym efektem kosmetycznym. Odpowiednia proteza kończy leczenie.

Znacznie rzadszemi — nie mniej jednak ważnemi — są mięsaki olbrzymiokomórkowe w szczęce górnej. Budową histologiczną zbliżone do niewinnych polipowotokształtnych, bardzo powoli rozwijających się dziąślaków (Epulis). W podstawowej tk. łącznej jednych i drugich licznie rozrzucone są wielojądrzaste komórki olbrzymie (Riesenzellen). Pomimo to jest ów mięsak olbrzymiokomórkowiec klinicznie jak i anatomopatologicznie inny. Może to służyć dowodem twierdzenia, że sama budowa histologiczna guza nie jest miarodajną dla oceny klinicznej, tem samem próbne wycięcie ma wartość ograniczoną.

Mięsaki olbrzymiokomórkowe biorą początek w kości samej, rozrastają się w niej we wszystkich kierunkach; szerząc się — niszczą kość. Jeśli mięsak ostro odgranicza się od otoczenia, niszczy jednak to otoczenie przez sam ucisk. Jeśli na drodze swego rozrostu napotka na jamę, do kt. się przebije, wypełnia ją całkowicie sobą — obraz kliniczny jest więc podobny do tegoż przy raku.

P r z y p a d e k II. Mężczyzna l. 26. Przed $1^1/_2$ rokiem lekarz stwierdził wygórowanie na wyrostku zębodołowym szczęki górnej strony prawej; kilkakrotne wypalanie nie przyniosło polepszenia, chory zaniechał leczenia. Obrzęk powiększał się. Po licznych i obfitych krwotokach pacjent zgłosił się do kliniki dentystycznej.

Badanie wykazało olbrzymi guz w szczęce górnej od wyrostka zębodołowego prawie do linji środkowej. Niektóre jeszcze pozostałe zęby znacznie przemieszczone. Konsystencja twarda, nie dochodząca jednak do twardości kości. Zęby po stronie prawej znacznie rozluźnione. Badanie histologiczne odcinka wykazało mięsak olbrzymiokomórkowy.

Podczas operacji, przeprowadzonej w znieczuleniu znoszącem przewodnictwo nerwu, okazało się, że zatoka szczękowa po wszystkie brzegi wypełniona masami; należało przeprowadzić rezekcję szczęki. Zagojenie nastąpiło bez powikłań.

Mięsaki olbrzymiokomórkowe, które niejednokrotnie występują na kościach długich rurowych jako „bronzowe łuszczące się guzy“, są przedmiotem

obserwacji wielu badaczy. Ich względna dobrotliwość, przejawiająca się ekspansywnym wzrostem, brakiem przerzutów, wyodrębnia je od pozostałych złośliwych mięsaków. Dopiero w ostatnich latach prace Pommera, Lubarscha i Konietzny'ego rzuciły nieco światła na to osobliwe zjawisko. Wyniki ich badań można krótko streścić w ten sposób, że powyższe mięsaki wcale nie należą do właściwych rzeczywistych obrzmień lub guzów (Geschwülsten). Raczej są to swoiste reaktywne, regeneratywne tkanki, rozwijające się wokoło naczyń w kości. Lubarsch określa je przeto jako „rezorbcyjne nowotworzenia powstałe wskutek przewlekłego zapalenia" (Chronisch entzündliche, resorptive Neubildungen), a Konietzny mówi o nich jak o tworach regeneratywnych, powstających wskutek braku lub nadmiaru tkanek (regeneratorischen Fehl — und Ueberschussbildungen). Twierdzenie powyższe ma doniosłe znaczenie praktyczne. Z jednej strony usprawiedliwia niektóre odchylenia natury klinicznej owego mięsaka, z drugiej — wpływa na postępowanie operacyjne. Podczas gdy w przypadku prawdziwego mięsaka zaleca się radykalny zabieg chirurgiczny, w drugim przypadku — pewna wstrzemięźliwość. Z tych pojęć biegunowych wypływa postępowanie operacyjne. Całkowite wyłuszczenie jest rzeczą wyboru. Przy daleko posuniętych przypadkach jest dopuszczalna najwyżej rozciągła rezekcja, zakończona wolnem przeszczepieniem kości. Dla uniknięcia jednak nawrotów zabieg miejscowy musi być radykalny. W szczęce górnej można przy nieznacznym rozwoju owego nowotworzenia ograniczyć się do rezekcji częściowej Gdy zaś podczas zabiegu okazuje się, że nowotworzenia wypełniają zatokę szczękową, pożądaną jest całkowita rezekcja. Widoki najlepszego zagojenia są w danym przypadku zgodnie z charakterem nowotworowej tkanki jaknajlepsze.

Wśród guzów, spotykanych na podniebieniu, należy jeszcze zwrócić uwagę na te dobrotliwe, które dawniej były określane jako mięsaki lub szkliwiaki podniebienne, później jako endothelioma, cylindroma lub guzy mieszane. Są one tem ważniejsze, że ich rozpoznanie różniczkowe daje możność pomyłek. Są ostro odgraniczone, gładkie, pokryte normalną błoną śluzową, konsystencji elastyczno - miękiej, która może przez osobę mało wprawną być przyjęta za chełbotanie. Silne napięcie błony śluzowej może kierować myśl w stronę kostnego podłoża, co jest mylne, gdyż odgraniczenie danego ogniska od otoczenia kostnego jest bardzo ostre.

Dotyk nie jest miarodajny, wzrost wybitnie powolny. Umiejscowienie guza na podniebieniu może nasuwać myśl o ropieniu podniebiennem, tem bardziej, gdy się rzekomo wyczuwa chełbotanie. Bezskuteczne cięcie utrudnia tylko późniejszy zabieg operacyjny. Można pomyśleć o kilaku. Brak polepszenia pomimo leczenia specyficznego w tym przypadku wskazuje na mylne rozpoznanie. Fatalnem może się stać próbne wycięcie: wielopostaciowy obraz histologiczny guza, zależnie od tego jaki odcinek był wzięty, może być tłumaczony jako mięsak lub rak, co w skutkach może doprowadzić do zbędnej rezekcji W istocie chodzi o wyraźnie dobrotliwy guz, ekspansywnie rozrastający się, który jednak nigdy nie wymaga zabiegu w kości.

Co do budowy anatomo-patologicznej powyższych guzów zdania są podzielone. Jedni badacze zaliczają wspomniane guzy, zarówno jak obrzmienia w śliniankach, do guzów mieszanych, powstałych z zarodków zbłąkanych, których budowa wykazuje elementy włókniaka, śluzaka, śródbłoniaka i gruczolaka; inni twierdzą, że chodzi o twory czysto nabłonkowe, które rozwijają się z oddzielnego nabłonka dróg oddechowych, przyczem wielopostaciowy obraz histologiczny zależy od własności morfologicznej prze-

miany komórek nabłonkowych. W czasach ostatnich drugie twierdzenie zyskuje coraz więcej zwolenników.

Praktycznie najważniejszą jest zdecydowana ich dobrotliwość. Zabieg operacyjny polega na wyłuszczeniu guza przy zachowaniu kości podniebienia oraz, jeśli możliwe, pokrywającej guz błony śluzowej Oszczędność tę należy stosować i w stosunku do podniebienia miękkiego. W ten sposób postępowałem w przypadku następującym, który odznaczał się nadzwyczajną wielkością guza.

Przypadek III. 41 letnia kobieta. Od lat 12 zauważyła na podniebieniu miękkiem mały guz, który bez dolegliwości rósł powoli. Dopiero rzekomo w ostatnim roku guz szybko się powiększał i stał się przyczyną znacznych dolegliwości w postaci utrudnionych połykania, oddechu i mowy. Dolegliwości te sprowadziły chorą do kliniki dentystycznej. Operację wykonano w sposób następujący: w uśpieniu przecięto błonę śluzową pośrodku wzdłuż uwypuklenia, oba płaty odpreparowano, cały guz został na tępo wyjęty. Krwawienie minimalne. Rana zaszyta. Gojenie nastąpiło per primam i chory został uwolniony z wszystkich dolegliwości. W podobny sposób można leczyć i wiele innych przypadków. Chcę tylko zaznaczyć, że i ta chora szukała pomocy przedewszystkiem u dentysty. Dawniej podobne guzy, rozpoznawane jako mięsaki lub raki, były powodem do całkowitej rezekcji szczęki. Wśród zbiorów uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej znajduje się preparat rezekowanej w kierunku strzałkowym górnej szczęki. Widać wyraźnie na tym preparacie guz ostro odgraniczony, jak by orzech, spoczywający w swej skorupie.

Cechy zwykłego raka na podniebieniu są zgoła inne, niż tych guzów dobrotliwych.

Raki podniebienia występują w dwuch postaciach: albo w kształcie płaskiego, brodawkowatego guza, albo w postaci wrzodu o lekko zgrubiałych lecz twardych brzegach.

Przypadek IV. 74 letni mężczyzna. Od 4-5 miesięcy zauważył na podniebieniu twardem płaskie, powoli powiększające się, łatwo krwawiące wygórowanie; chory przypisuje jego powstanie uciskowi dostawki; skierowany został do kliniki chirurgicznej przez dentystę.

Podniebienie na znacznej przestrzeni jest zajęte przez płaski obrzęk o powierzchni brodawkowatej, miejscami wykazującej rozpad. Przeprowadzono rezekcję podniebienia.

Ponieważ w danych przypadkach tyczy się to przeważnie osób starszych, posługujących się od dłuższego czasu protezą, przypisuje się więc tej ostatniej przyczynę schorzenia. Chory zwraca się przedewszystkiem do dentysty, który ma obowiązek należycie wcześnie rozpoznać to schorzenie.

To samo da się powiedzieć i o płaskich rakach podniebienia, które przeważnie biorą swój początek od brzegu zębodołu, skąd rozszerzają się wzdłuż podniebienia. Chory i w tym przypadku zwraca się przedewszystkiem do dentysty. Powolny a stały rozrost wrzodu, pomimo różnych zabiegów, suche podłoże, lekko występujący brzeg — są to cechy, które umożliwiają wczesne należyte rozpoznanie.

Postępowanie przy raku podniebienia może być tylko operacyjne. W początkach jego rozwoju wystarczy rezekcja ograniczona częściowa; w przypadku szerszego rozwoju — daleko idąca częściowa rezekcja (naprz. rezekcja połowy lub całego podniebienia). Całkowita rezekcja, — gdy rak obejmuje zatokę szczękową.

Prognoza przy tych guzach jest przy wczesnym zabiegu pomyślna a mniej pomyślna przy guzach rozległych. Na tem właśnie polega wielkie znaczenie rozpoznania choroby przez dentystę.

Przypominam sobie 60 letniego mężczyznę, u którego przed 15 laty przeprowadziłem taką częściową rezekcję szczęki górnej dzięki wczesnemu rozpoznaniu raka podniebienia przez dentystę. Ten sam mężczyzna miał nieszczęście po 6 latach być przeze mnie operowany na raka na brzegu języka, również wcześniej rozpoznanego; przeprowadzono częściową rezekcję języka. Pacjent żyje jeszcze teraz jako 75 letni mężczyzna i czuje się dobrze.

Należy przy tej sposobności zaznaczyć, że to, co było powiedziane o raku podniebienia, dotyczy także i raka języka. Tylko od należytej pomocy dentysty zależy pomyślny wynik operacyjnych zabiegów. Pacjenci zazwyczaj przypisują protezie te początkowo drobne niewinne obrażenia na brzegu jężyka i jeśli zwracają się do kogoś, to tylko do dentysty. Jeśli lekarz w tym okresie postawi prawidłowe rozpoznanie raka i skieruje chorego celem natychmiastowego zabiegu, można liczyć na wyniki pomyślniejsze. Jeśli rak języka po dzień dzisiejszy przez swą złośliwość jest tak straszny, to tylko dlatego, że chorzy rzadko kiedy są operowane w stadjum początkowem choroby.

W szczęce dolnej rak również nie należy do rzadkości. Wychodzi najczęściej z brzegu zębów lub zębodołu jak w szczęce górnej, i jest złośliwszy Sucha, powierzchowna, wrzodziejąca forma, częsta w szczęce górnej, tutaj jest rzadsza, częściej natomiast spotyka się znaczne owrzodzenia; na powierzchni twardego zgrubienia chorobowo zmienionego siedzi głębokie, kraterowate, maziste owrzodzenie, obficie wydzielające i rozpadłe. Jeżeli do operacji przychodzi w tym stanie, to mimo nawet wycięcia okolicznych gruczołów na wynik pomyślny liczyć trudno.

Strach więc przed owem schorzeniem jest uzasadniony. Na zejście pomyślniejsze można liczyć, jeśli operacja następuje w samym początkowym rozwoju nowotworu. Osiąga się to tylko przy pomocy dentysty, do którego chory się zwraca wcześniej, bądź też podczas badania lekarz sam zwróci uwagę. Stwierdzenie wrzodu przy brzegu zębodołu, na które nie zwrócono należytej uwagi, winno zaciążyć na sumieniu badającego.

Leczenie polega na radykalnem usunięciu chorej połowy żuchwy oraz wyłyżeczkowaniu jamy. Dzięki nowoczesnym sposobom znieczulenia zabieg jest znośniejszy dla chorego i nastręcza mniej trudności lekarzowi. W tym przypadku współpraca z lekarzem-dentystą w postaci dostarczenia odpowiedniej protezy jest niezbędna.

Lepsze i trwalsze niż przy raku żychwy są skutki pooperacyjne przy innych guzach. Jako przykład może służyć mięsak olbrzymiokomórkowy w żuchwie, którego cechy w obu szczękach są te same.

P r z y p a d e k 5. 40 letnia kobieta. Od $1^1/_2$ roku wygórowanie na wyrostku zębodołowym dolnej szczęki strony prawej powoli i bezboleśnie się powiększa, rozrastając się po obu stronach. Ten stały wzrost zaniepokoił pacjentkę, która w tym stanie zgłosiła się do kliniki dentystycznej.

Na wyrostku zębodołowym duży płaski guz, dochodzący do kąta żuchwy oraz linji środkowej, obejmuje ścianę przednią i tylną, przenika głęboko w istotę kostną. W jednem miejscu powierzchnia guza owrzodziała i rozpadła. Poszczególne zachowane jeszcze zęby rozchwiane; gruczoły niewyczuwalne.

Roentgenogram wykazuje zniszczenie kości, tylko dolny brzeg jeszcze niezmieniony.

Zgodnie z dzisiejszym poglądem na podobne schorzenia zastanowiłem się, czy nie byłoby wskazanem zostawić dolny brzeg nietkniętym.

Po wyłyżeczkowaniu oraz ze względu na nierówną linję, jaką wykazał roentgenogram, nie mogłem się na to zdecydować; zabieg przeprowadziłem radykalnie, przechodząc poza linję środkową. Gojenie nastąpiło bez przeszkód. Zastosowano protezę. Pacjent czuje się dobrze.

W dalszym ciągu omówię przypadki guzów, wychodzących ze szkliwa: normalnej budowy — szkliwiaki, przeobrażone w torbiel — torbielaku Ich ekspansywny wzrost umożliwia pewne ścieśnienie samego zabiegi. operacyjnego; by uniknąć jednak nawrotu, należy guz całkowicie wyłuszczyć. Z tej grupy przytoczę następujące spostrzeżenie.

Przypadek VI. 38 letnia kobieta. 8 lat temu operowana naskutek torbielaka w kącie żuchwy strony lewej. Po krótkim czasie powstał znowu guz, który rośnie powoli.

Lewy kąt żuchwy oraz ramię wstępujące zajęte przez jajowaty guz, którego ścianki są podatne na ucisk. Guz sięga aż do główki stawowej, Roentgenogram wykazuje tylko wąski rąbek kości dolnego brzegu żuchwy. Guz ku przodowi jest ostro odgraniczony.

W danym przypadku koniecznem było całkowite usunięcie objętej tym tworem kości żuchwy, jednak niedochodzące do linji środkowej. Gojenie przeszło bez przeszkód.

Na preparacie widać rozległy guz oraz jego torbielowatą strukturę. Wyrostek koroniasty zupełnie zniszczony i objęty torbielakiem, z wyrostka stawowego pozostały ślady powierzchni stawowej. Badany histologicznie odcinek ścianki wykazuje typową budowę szkliwiaka.

Jak ogromną powierzchnię może torbielak zająć, wykazuje następujące spostrzeżenie.

P r z y p a d e k VII. 35 letni mężczyzna. 8 lat temu operowany ze strony jamy ustnej na skutek guza wielkości orzecha włoskiego po stronie prawej szczęki dolnej. Po pewnym czasie znowu wygórowanie, które doszło do dużych rozmiarów.

Podczas operacji (Hildebrand) udało się wyłuszczyć dużą torbiel. Z wyrostka zębodołowego nie zostało śladu nawet, uległ rozessaniu. Dla wprowadzenia natychmiastowej protezy (Immediatprothese) trzeba było specjalnie otwierać jamę ustną. Gojenie bez przeszkód. Histologiczne badania wykazały szkliwiak.

Należy zwrócić uwagę na oba (6 i 7) przypadki szybkiego nawrotu po pierwszej operacji. W powyższych przypadkach rezekcja niszcząca zgryz (Exartikulation) jest nieuniknioną.

Z mięsaków dolnej szczęki nie mniej nieprzyjemne są złośliwe, szybko rosnące, okrągło — i wrzecionokomórkowce. Jeśli wogóle dostają się do rąk chirurga w takim stanie, że operować je jeszcze można, to już wcale niedługo po zabiegu należy się spodziewać nawrotów. Lepsze są widoki przy t. zw. mięsakach złożonych, w skład których obok tkanki nowotworowej wchodzą jeszcze tkanki dojrzałe (tk. łączna, kostna, chrzęstna śluzowa). Dla przykładu takiego mięsaka-śluzaka (myxosarcom) przytoczę następujące, zarazem ostatnie spostrzeżenie.

P r z y p a d e k VIII. 38 letnia kobieta. 6 miesięcy temu zauważyła przy dolnym prawym kle wygórowanie wielkości grocha, które szybko się powiększało. Usunięcie guza, leczenie dalsze nalewką jodową i azotanem srebra. Pomimo tego utworzyło się nowe wygórowanie, które w krótkim czasie doszło do wielkości orzecha włoskiego. W ostatnich tygodniach powiększyło się trzykrotnie.

Operację w tym przypadku (Prof. Lotsch) wykonano w ten sposób, że na miejscu ubytka naskutek rezekcji przeprowadzono wolne przeszczepienie kości; kość się nie przyjęła, zastąpiono ją protezą. Dalszych danych o tej pacjentce brak.

Na preparacie pooperacyjnym widać duży, ku przodowi rozwijający się guz w środkowej części żuchwy. Jego brzegi jeszcze ostro odgraniczone, jak to zazwyczaj bywa w mięsakach złożonych w początkowym ich okresie.

Powyższe przykłady dostatecznie ilustrują typy najgłówniejszych obrzmień w obrębie szczęk. Szczegóły wykonania dają możność stwierdzić, jak wielka rola przypada lekarzowi-dentyście w skutecznej walce z temi ciężkimi stanami chorobowemi.

Pod koniec pozwolę sobie na ogólną uwagę. Z moich słów można wywnioskować o konieczności stałej łączności między zębolecznictwem a dużą chirugją szczęk. Rozpoznanie w lwiej części przypada dentyście, chirurg operuje, proteza pooperacyjna znowu należy do dentysty. Zachodzi pytanie, czy taki podział lekarskich zabiegów jest ideałem.

Zębolecznictwo dźwignęło się ostatniemi laty od techniki dentystycznej aż do gałęzi wiedzy lekarskiej i zagarnia coraz więcej działów chirurgji szczęk. Jednak do dziś stanęła w połowie drogi przed ostatecznemi zabiegami chirurgicznemi. Czemu? Nowoczesna laryngologja ostatnio również bardzo się rozwinęła, obejmując chirurgję krtani i innych narządów gardła. To samo widzimy i w urologji, która z techniki badania dróg moczowych przeszła do chirurgji narządów moczopłciowych. Współczesna ortopedja również przeskoczyła od techniki aparatów do skrajnej chirurgji. Z techniki dentystycznej musi się konsekwentnie rozwinąć nowoczesna chirurgja szczęk, która obok zębolecznictwa zachowawczego stworzy całkowitą chirurgję szczęk.

Chcę wierzyć, że taki rozwój nastąpi i stworzy opiekę lekarską, spoczywającą w jednych rękach zamiast podziału pomiędzy 2 dyscyplinami, jak się to dzieje obecnie. Ten krok uczyni chirurgję szczęk równą z innemi specjalnościami wiedzy lekarskiej.

(Correspondenzblatt für Zahnärzte № 1, 1927). *M. Kalisz (Łódź).*

PATOLOGJA KOBIECYCH ORGANÓW PŁCIOWYCH A ZĘBOLECZNICTWO

PROF. DR. HEIMANN. (WROCŁAW).

Temat, który omawiać będę na tem miejscu, podzielić należy na dwie części: ginekologję i położnictwo. Stosunek nasz do tych dwuch dziedzin nauki opierać będziemy na fizjologji, by w ten sposób lepiej zrozumieć patologję zjawisk.

Jeśli rozpoczniemy od zjawisk fizjologicznych normalnych, które obserwujemy w życiu kobiety, wiemy, że są one niejako opanowane prz z proces miesiączkowania. Tu znowu główną rolę odgrywa jajnik, któ ey zapomocą hormonów wywołuje fizjologiczne zmiany macicy. Muszę nadmr enić, że badania z lat ostatnich przyniosły zmiany w poglądach. Jeśli jeszcze przed kilkudziesięciu laty przypuszczano, że istnieje związek między unerwieniem jajników a tkanką śluzową macicy, który powoduje właśnie najważniejsze wyczyny działania jajnika, to obecnie wiemy, że miesiączkowanie zostaje wywołane przez materję, oddawaną w krwiobieg przez jajniki — gruczoły o wydzielinach wewnętrznych. Z absolutną pewnością jesteśmy w stanie obecnie stwierdzić na drobnowidzowym preparacie wyskrobanej lub wyciętej tkanki śluzowej macicy fazę cyklu miesiączkowego macicy. Wygląd gruczołów, stosunek tkanki łącznej do rdzeni, rodzaj barwienia się tej ostatniej daje możność stawiania dokładnych wniosków. Jeszcze więcej! Jesteśmy w stanie na zasadzie tych danych, biorąc oczywiście pod uwagę stosunki normalne, zawyrokować o stanie jajników, gdyż wiemy, że każdej fazie śluzówki macicznej odpowiada ustalony stan jajnika. Nie odgrywa w tym wypadku roli przyczyna, która powoduje zmiany, mniejsza o to, czy są to hormony, które odszczepia dojrzewający gruczoł, lub żółte ciało (corpus luteum) — następowy stan pękniętego gruczołu — i czynniki, które biorą główny udział w odbudowie i rozbudowie tkanki śluzowej macicy (zresztą sprawa ta jeszcze dotychczas nie jest całkowicie wyjaśniona).

W procesie tym organizm bierze czynny udział. Widzimy, że puls, ciepłota i ciśnienie krwi i in. podnoszą się i opadają. Ott (cyt. podług Büttnera) ustalił, że w okresie miesiączkowania następuje wzmożenie tych wszystkich funkcyj; wkrótce po rozpoczęciu perjodu obserwuje się opadanie tychże, które ustępuje nieznacznemu narastaniu, dopóki podczas samego procesu nie ustala się średnia wysokość.

Nadmienię tylko, że w życiu codziennem obserwujemy prawie u każdej kobiety zmiany, które wywołuje miesiączkowanie. Schäffer zupełnie słusznie twierdzi, że tylko czwarta część kobiet nie doznaje z tego powodu żadnych dolegliwości. Kobiety uskarżają się na bóle, lokalizujące się w organach miedniczkowych lub w innych częściach organizmu; bóle te mogą być bardzo dokuczliwe i nieraz czynią kobietę niezdatną do żadnej pracy. Zrozumiałem jest, że w procesach fizjologicznych bierze udział i jama ustna. Do rzeczy będzie, jeśli zaznaczę, że w tej dziedzinie istnieje pewne różniczkowanie w stosunku do płci, nprz. pod względem zmysłu smaku. Angielscy badacze Bailey i Nichols (cyt. pdl. Novaka) twierdzą, że kobiety subtelniej odróżniają słodkie, kwaśne i gorzkie niż mężczyźni, natomiast ci ostatni posiadają większe zdolności

w odróżnianiu smaku słonego. Również Thompson jest zdania, że płeć kobieca odczuwa lepiej podrażnienia smakowe, natomiast mężczyźni są zdolni do subtelnego wyczuwania gradacji smaku.

Powracając do właściwego tematu, zastanowimy się nad zjawiskami, które towarzyszą początkowi normalnego miesiączkowania. Już podczas następowania okresu dojrzałości często uwydatnia się pewne rozluźnienie zębów, które po ustaleniu się normalnego miesiączkowania ustępuje bez stosowania jakichkolwiek bądź zabiegów. O tem wzmiankuje Treuenfels. Często obserwujemy również dolegliwości w postaci bólu zębów przy każdem następowaniu perjodu. Pacjentki w okresie poprzedzającym miesiączkowanie odczuwają bóle zębów o mniejszem lub większem nasileniu; bóle te podczas samego procesu zmniejszają się, po ukończeniu tegoż ustępują, by powtórzyć się po 28 dniach. Poglądy na przyczynę powstawania wspomnianego zjawiska są różne. Landsberger przypuszcza, że przyczyna tkwi w przekrwieniu śluzówki i stłoczeniu się znajdujących się tam rozgałęzień nerwowych. Tanzer twierdzi, że wśródzębne ciśnienie krwi podnosi się i uszkadza lub nawet powoduje obumarcie tkanki miazgowej. Schachtel publikuje własny przypadek. U 22 letniej pacjentki następował perjod tylko co 3 miesiące, natomiast co miesiąc cierpiała ona na ból zębów. Autor stwierdził schorzenie miazgi w 3 zębach. Był to przypadek lub istniał może pewien związek między temi zjawiskami — ustalić nie dało się wskutek braku doświadczeń.

Zaznaczyć należy również, że podczas miesiączkowania obserwujemy obrzęki dziąseł, ślinotok i stany zapalne śluzówki Davis obserwował pacjentkę, która co 30 dni cierpiała na tak silne zapalenie dziąseł, że nie było innej rady, jak usunięcie jajników, które niewątpliwie znajdowały się w stanie torbiastego zwyrodnienia. Po kastracji dolegliwości w jamie ustnej ustąpiły. Nadzwyczaj ciekawym jest stosunek między przyusznicą a gruczołami płciowemi. Niestety, brak jeszcze bliższych wyjaśnień co do genezy powstawania stosunków tych. Jakie czynniki odgrywają w tym wypadku główną rolę: hormony czy wegetatywny system nerwowy? W każdym razie autorowie obserwowali (wymienię Hobrana) w związku z miesiączkowaniem obrzęki przyusznicy. Zaznaczono, że obrzęki te ustępowały podczas ciąży i powracały po zakończeniu tejże. Peters komunikuje o przypadku, gdy właśnie czterotygodniowe krwotoki maciczne nie ukazywały się, natomiast obrzęki przyusznicy oznajmiały zmiany w narządzie rodnym. Opierając się na takim przypadku, wnioskować można o działaniu hormonów, które uzależniają związek pomiędzy wspomnianemi organami.

Należy przeprowadzić analogję między działaniem wydzielin wewnętrznych jajników, które wywołują zmiany w organach płciowych drogą krwiobiegu, a harmonami, które działają na śluzówkę przyusznicy.

Krwotoki dziąsłowe podczas miesiączkowania są możliwe (nie mam na myśli perjodu zastępczego). Dunlap wspomina o przypadku śmiertelnego krwotoku dziąsłowego. Wydarzenia te odgrywają wielką rolę przy rozstrzyganiu pytania, czy należy podczas miesiączkowania wykonywać zabiegi dentystyczne. Naogół da się powiedzieć, że proces ten w tym wypadku nie odgrywa ważnej roli. Pilne zabiegi należy oczywiście wykonać tak samo, jak wykonujemy niezbędną operację. Należy być przygotowanym do większego krwotoku, który u zdrowej kobiety nie ma znaczenia. Zabiegi dentystyczne możliwe do odroczenia należy raczej przeprowadzić po ustaniu perjodu, gdyż zdarza się czasem, że wskutek zabiegów tych, również i z powodu innych wstrząsów fizycznych lub psy-

chicznych, miesiączkowanie nagle ustaje. Jeśli fakt ten sam przez się jeszcze nie decyduje, gdyż kobieta o zdrowych nerwach może przejść nad owem zdarzeniem do porządku dziennego, godzi się zapamiętać, że do wstrząsu tego przyłącza się w następstwie dłużej lub krócej trwająca amenorrhoa, której celowo należy unikać.

Menopausa (fizjologiczne ustawanie miesiączkowania) wskazuje na wygaśnięcie funkcji jajników i łączy się z całym szeregiem objawów, mianowicie: nawałem krwi bólami głowy, zmęczeniem, poceniem, zdenerwowaniem ogólnem. Podczas, gdy większość kobiet tylko w nieznacznym stopniu odczuwa te dolegliwości, znosząc je ze zrozumieniem dla rzeczy kobiety zdrowej, widzimy u innych kobiet wskutek zjawiska tego zupełną niezdolność do pracy. Nie ulega wątpliwości, że wspomniane dolegliwości powoduje brak wydzielin wewnętrznych jajników Widzimy przecież te same zjawiska podczas sztucznej klimakterji, spowodowanej bądź to przez operację bądź to przez naświetlanie. Wiemy jednak, że organizm posiada bardzo celowe środki i sposoby, by utracony organ zastąpić innym, — przeto z pewnością możemy wnioskować, że inne gruczoły o wydzielinach wewnętrznych — gruczoł tarczowy, dodatek mózgowy, nadnercza — do pewnego stopnia przejmują czynności jajników.

Szczególnie ważnym dla zębolecznictwa jest fakt że czynne jajniki hamują wchłanianie (przyswajanie) wapnia; z chwilą, gdy ustają funkcje jajników, musi nastąpić wzmożone przyswajanie wapnia. U młodych zmniszonych kur, karmionych substancją jajnikową, ustaje rost kości (Löwy). Również Adler ustalił, że podczas menopausy wskutek ustania czynności jajników powiększa się osad wapnia, krew natomiast wykazuje mniejszą, zawartość tegoż. A więc z punktu widzenia odontologji okres klimakterji w przeciwieństwie do okresu dojrzewania pod względem utrzymania aparatu zębowego posiada jedynie tylko zalety. Landsberg wzmiankuje o pacjentce, która cierpiała na silne bóle zębów w okresie menopausy i właśnie wtedy, gdy w normalnych warunkach zwykle następowało miesiączkowanie. Pominąwszy już przekrwienie, wywołane zwolnieniem żylnego prądu krwi, wielką rolę odgrywa prawdopodobnie nervus sympathicus, który wogóle w tych procesach bierze czynny udział.

Teraz o patologji kobiecych organów płciowych. Przedewszystkiem należy podkreślić, że wspomniane wyżej dolegliwości w jamie ustnej mogą wystąpić w większym stopniu przy schorzeniach organów płciowych (stan zapalny śluzówki, parotitidy, zapalenia, obrzęki i krwotoki dziąsłowe). U pacjentek, cierpiących na niedokrwienie wskutek nieregularnych krwotoków (metrorrhagia), obserwujemy topnienie substancji kostnej, większe wydzielenie wapnia. Postępująca naprzód próchnica, obserwowana przez fachowców odontologów, powinna być uważaną za objaw niedostatecznego odżywiania. Nessel obserwował u młodego dziewczęcia, u którego perjody zwykle trwały bardzo długo i powtarzały się co 3 tygodnie, silną próchnicę zębów, którą zapisać należy na karb utrudnionej przemiany wapnia. Ponieważ największe zapotrzebowanie wapnia ma organ rozwijający się, w wspomnianym wypadku najwięcej dotkniętemi próchnicą były zęby niedawno zakończone w swoim rozwoju.

Wyżej była już mowa o zastępczem miesiączkowaniu. Co oznacza ten wyraz? Jest to krwawienie z pozornie nietkniętych organów, które następuje co 4 tygodnie w okresie perjodu wraz z lekkiemi krwotokami macicznemi lub bez tychże. Na nietkniętość krwawiącego organu należy zwrócić szczególną uwagę, aczkolwiek ustalić ją jest nie zawsze łatwo. Oczywiście w organach tych nie widzimy zmian śluzówki, które są tak

charakterystyczne dla macicy. Bardzo ważne są zmiany we krwi i przekrwienie, które następuje tylko w okresie perjodu. Obserwowano zastępcze krwawienie z okolic nosa, warg, żołądka, jelit, płuc, nerek, pęcherza. Z organów jamy ustnej wymienić należy dziąsła i migdałki. Stan zapalny organów płciowych nie ma właściwie innego wpływu na organy jamy ustnej, niż ten, o którym mówiliśmy. Jako bodźców należy przedewszystkiem wymienić paciorkowców, gonokokków i laseczników Kocha. Wiadomem jest, że w czasie trwania zakaźnej choroby następuje często zapalenie przyusznicy. Po części jest to przerzut, po części zaś następuje wskutek wspomnianego już wyżej związku między unerwieniem przyusznicy i jajników obniżenie działalności gruczołów ślinnych, dzięki czemu wytwarzają się sprzyjające warunki dla zakażenia wtórnego. Mucha i Schlitter (cyt pdłg. Nowaka) opisują przypadek rzerzączkowego schorzenia śluzówki jamy ustnej, które jednak nie można uważać za zupełnie dowiedzione. Schorzenia o charakterze gruźliczym są bodaj najważniejszemi dla lekarza-dentysty; gruźlicze owrzodzenia dziąseł, warg, śluzówki i policzków są znane w literaturze.

Nadmienię, że przy schorzeniach macicy obserwujemy często ślinotok, który ustępuje wraz z ustąpieniem schorzenia. Ciekawym jest pogląd Eisenharta, który w wzmożonem wydzielaniu się śliny podczas seksualnego podniecenia widzi fizjologiczny wzór powstawania tego zjawiska odruchowego (cyt. pdłg. Wagnera). Z nowotworów organów płciowych kobiecych najwięcej godne uwagi odontologa są: dobrotliwe — guzy mięśniakowe i jajników, złośliwe — głównie rak. Mięśniaki, które tworzą się między 35 a 45 rokiem życia, wyróżniają się szczególnie krwotokami. Począwszy od niewinnych menorrhagij (nadmierne silne miesiączkowanie) obserwujemy gradację tych objawów do końcowych metrorrhagij (nieprawidłowe miesiączkowanie), gdy niema dnia bez krwotoków. Anemja może w tych wypadkach osiągnąć znaczne rozmiary, i właśnie wtedy lekarz-dentysta stwierdza zaburzenie w przemianie wapnia. Mięśniaki są to nowotwory bezwzględnie dobrotliwe; o przerzutach nie może być mowy. Z nowotworów jajników zasługują na uwagę dermoidy i teratomy, gdyż widzimy tu wszystkie 3 błony zarodkowe: w pierwszym (guzie dobrotliwym) — w układzie, charakterystycznym dla płodu; w drugim (tworze o charakterze złośliwym) — w formie nieprawidłowej. Ze względu na to obecność zębów w takim guzie nie jest rzadkością Z literatury wiemy o przypadku dermoidów, w których znaleziono przeszło 100 zębów.

Na szczególną uwagę zasługuje następowanie zapalenia przyusznicy wskutek zabiegu wycięcia guza jajnika (ovariotomja). Pierwszy przypadek ogłosił Mundé; zaraz po nim następują częste publikacje o tego rodzaju przypadkach, tak że Möricke uważa je za specyficzne komplikacje wspomnianego zabiegu. Początkowo przypuszczano, że ovariotomja jest sama przez się przyczyną zapalenia przyusznicy; brak wydzielania się śliny podczas ogólnego uśpienia chloroformem lub zaprzestanie wydzielin po wydatnem wzmożeniu się tychże podczas narkozy eterem (Rüttermann) nasuwały przypuszczenia o lekkiem przenikaniu bakteryj. Wagner uznaje czynnik mechaniczny t. z. uszkodzenie przyusznicy wskutek uniesienia się w górę szczęki. W pierwszym rzędzie należy brać pod uwagę związek między jajnikiem a przyusznicą, przyczem następują nieprawidłowości w czynności wydzielania gruczołów ślinnych. Przeważnie między 3 a 6 dniem po zabiegu obserwujemy stan zapalny, który często samoistnie ustępuje; niestety, przyłączenie się sprawy ropnej nie należy do rzadkości.

Złośliwe nowotwory są szczególnie ciekawe ze względu na przerzuty. Wiemy, że rak macicy szerzy się drogą naczyń chłonnych. Przerzuty w okolicy jamy ustnej są właściwie rzadkie, znane jednak z literatury. Osobiście przypominam sobie przypadek raka migdałków, pochodzący od pierwotnego guza macicy. Co się tyczy położnictwa należy również przedtem niż mówić o patologji, określić fizjologiczny związek między jamą ustną a organami płciowemi. Naogół należy stwierdzić, że podczas ciąży zjawiska obserwowane w jamie ustnej w czasie trwania miesiączkowania znaczniej się uwydatniają.

Znane przysłowie głosi: narodziny każdego dziecka przypłaca matka zębem (cyt. pdł. Kehrera). Rozchwianie się zębów, silny postęp próchnicy, rysy szkliwa, rażąca łamliwość zębów — wszystkie te objawy znane są w literaturze, jako objekt obserwacji specjalistów odontologów. Pomimo to niema uzgodnienia zdań w tej sprawie.

Biro neguje wszelki związek między ciążą a próchnicą. Scheff i Rosenstein również pomijają tę kwestję.

Podług moich spostrzeżeń zaburzenia przemiany materji, które prawdopodobnie powstawają wskutek wpływów wydzielin wewnętrznych (gruczoły przytarczycowe, tarczyca, przysadka mózgowa), są ważnym czynnikiem. Uwzględnić należy przedewszystkiem zmiany w przemianie wapnia, która, jak wiadomo, zależy w znacznej mierze od czynności gruczołów przytarczycowych (L. Seitz). Erdheim i Fleischmann obserwowali wybujałość szkliwa, która miała związek z powiększeniem wspomnianych gruczołów. Tudzież inni autorowie (Kiefer i Grüner) uznawają zaburzenia przemiany wapniaj ako przyczynę próchnicy. Nie ulega wątpliwości, iż obrzmienia dziąseł, również i zmiany patologiczne śliny, odgrywają pewną rolę. Bernhard Aschner przyczynę próchnicy widzi w nadkwasowości organizmu, która powoduje rozpuszczanie się wapnia.

Bóle zębów przy nienagannym stanie jamy ustnej w początkach ciąży powstają z tych samych powodów, jakie istnieją podczas miesiączkowania. Hirsch przypuszcza, że jest to zwykłe przekrwienie miazgi. Tancer twierdzi, że ma się do czynienia z powiększonem ciśnieniem krwi. W tych przypadkach dobrze robi podawanie większych ilości wapnia, które, na zasadzie przytoczonych poprzednio danych, jest bardzo pożądane w początkach ciąży.

Wspominałem już o zmianie składu śliny podczas ciąży. Podług Gallizyna, Terrier i in., odczyn zasadowy zmienia się na kwaśny, natomiast H. W. Freund i inni nie zgadzają się z tym poglądem. Ramier eksperymentalnie zapomocą badań na zwierzętach dowiódł, że w tym okresie ślina posiada powiększone właściwości toksyczne. Badacze amerykańscy ustalili brak ptyaliny (ferment, który przetwarza krochmal w cukier gronowy) i rodanu potasu (siarkocyjanek potasu). Levy podczas ciąży tylko w 12 przyp. z 50 znalazł w ślinie rodan. Częstym objawem towarzyszącym ciąży jest ślinotok Obserwowano ilości śliny wprost potworne (Lvoff wymienia liczbę 1000 do 1600 ccm.) Taka ilość (przeważnie oczywiście połykana) nie może być obojętną dla żołądka. Poważnie zostają nadwyrężone apetyt, sen i ogólne samopoczucie. Jeśli do tego dołączą się wymioty, powstające częściowo również wskutek połkniętej w wielkich ilościach śliny, rozwija się obraz ciężkiego stanu wyczerpania, które zagraża życiu kobiety. Hyperemesis (wymioty, nie dające się zatamować) i ptyalismus (ślinotok) następują w pierwszych miesiącach (3—4) i kończą się z chwilą, gdy matka poczuje pierwsze ruchy dziecka. Po poronieniu lub rozwiązaniu ślinotok ustępuje prawie natychmiast. Co się

tyczy etjologji, to czynniki nerwowe odgrywają główną rolę, aczkowiek nie wolno pomijać znaczenia zaburzeń w organach o wydzielinach wewnętrznych. Gdyby się miało do czynienia z pierwszym przypadkiem, to działa wyśmienicie psychoterapja. Zaleca się równoległe stosowanie bromianu potasu, atropiny, środków ściągających, ewentualnie przepłukiwań żołądka.

Wspominałem również o zaczerwienieniu i obrzmiewaniu dziąseł dość częstych w okresie ciąży. Pinard znalazł je w 75%, Freund — 53% wszystkich obserwowanych przypadków. Uderzającym jest fakt, że objaw ten, który zwykle następuje w 4 miesiącu ciąży, nie ustępuje wraz ze wszystkiemi innemi objawami natychmiast po rozwiązaniu, potrafi natomiast przetrwać to ostatnie w ciągu długich jeszcze tygodni. U podstawy siekaczy i dwuguzkowców obserwujemy uczątki o kształcie półksiężycowym, mocno zabarwione. Dziąsła w pewnych warunkach mają skłonność do bujania i tworzą samoistnie guzowate narośle, które przy dotyku krwawią. Rosenstein podaje przypadek odchylenia się dziąseł od zębów. Na podstawie badań histologicznych uważa Freund proces ten nie za stan zapalny, lecz za wybujałość dziąsła. Że wspomniane procesy wytwarzają sprzyjające warunki dla rozwoju próchnicy, jest samo przez się zrozumiałem. Nie uważam, by przed tym okresem należało stosować jakąkolwiek bądź terapję. Należy uwzględnić 2 punkty, które interesują nas lekarzy. I. Profilaktyka: z samego początku ciąży zwracam baczną uwagę powierzonych mi pacjentek na skrupulatną pielęgnację jamy ustnej; bezwględnie wymagam stosowania płukania po każdem spożyciu potraw, szczególnie po wymiotach i przed snem; szczoteczka i proszek, podług moich doświadczeń, mogą być pez obawy używane. Co się tyczy punktu II t. z. zabiegów, jestem zdania, że wszystkich niezbędnych zabiegów należy dokonać. Unikać należy zabiegów bolesnych, które przeprowadzać w znieczuleniu, przyczem pamiętać należy, że adrenalina nie jest obojętną dla macicy. Posiedzenie nie powinno być za długie. Jeśli dołączyć jeszcze odpowiednią psychoterapję, to (obserwowałem w swojej praktyce) nie nastąpi nigdy jakiekolwiek bądź uszkodzenie lub przerwanie ciąży. Z drugiej strony, stosownie do poprzednich wyłuszczeń, dobry stan jamy ustnej właśnie podczas ciąży jest nieodzownym warunkiem.

Normalny połóg sam przez się nie odznacza się specyficznym wpływem na jamę ustną; dokładna pielęgnacja jest niezbędną, procesy próchnicowe, które powstały podczas ciąży, mogą przybrać na sile. Nie przypuszczam, by ewent. fizjologiczna strata krwi, jak twierdzi Hirsch, była przyczyną tego Na szczęście ubytek krwi przy porodzie w normalnych warunkach tak prędko uzupełnia się, że nie jest w stanie wywrzeć wydatnego wpływu na uzębienie. Podczas normalnego połogu nieraz obserwujemy pryszczykowe zapalenie ust, zapalenie przyusznicy; nieuzasadnionem jest twierdzenie, że karmienie niemowlęcia wywołuje ujemny wpływ na uzębienie przez oddawanie wapnia w mleko.

Jeszcze jeden punkt zasługuje na uwagę, mianowicie: wpływ ciąży i połogu na obrzmienia jamy ustnej. Wiadomem jest, że ginekolodzy we wszystkich procesach blastomatoznych widzą ten sam nieszczęsny wpływ nawet wtedy, gdy mowa nie o nowotworach lub guzach narządu rodnego. Że rak macicy robi szybkie postępy, jest rzeczą stwierdzoną pomimo różnicy zdań i pewnych sprzeciwów ze strony niektórych sfer fachowych. Rozpowszechnienie się gruźlicy a raczej guzów gruźliczych obserwuje się, niestety, bardzo często w pierwszym okresie ciąży. Ogólna wybujałość ogarnia cały organizm i nie szczędzi jamy ustnej, gdy nprz. utworzyły

się guzy szczęk. Jeśli połóg ma wpływ prawie zawsze ujemny na nowotwory narządu rodnego, tak że przypadków infekcji notujemy mało, to z drugiej strony w guzach innych organów spostrzegamy zmiany wsteczne. Błastomaty szczęk oczywiście przy prawidłowem wskazaniu często nie wymagają wkraczania. Należałoby może nadmienić, jeśli mowa o nowotworach jamy ustnej, że Perthes opisał przypadek kostniaka szczęki, Riebe i Grunzert — przypadek dziąślaka, inni — przerost o charakterze włókniakowym.

Z chorób powstających podczas ciąży patologicznej godne dla nas uwagi są te, które w większym lub mniejszym stopniu mogą spowodować zaburzenia przemiany wapnia: eklampsja (kurcze podobne do ataku epileptycznego), tetanja a szczególnie — osteomalacja (zmiękniecie kości). W literaturze nie znalazłem opisów innych chorobowych stanów jamy ustnej prócz przytoczonych poprzednio. Kościomięk jest to odwapnienie specjalnie kości rurowych, płaskich. Następuje rozchwianie, rozmiękczenie zębów (Plenk, Leblon) lub zmiany chrząstkowate (Krause). Michaelis obserwował odwapnienie kostniwa korzenia, które kroczy razem z zaburzeniami czynności przysadki mózgowej, wykazuje objawy już opisane wyżej w stosunku do tej ostatniej. Podczas badań na zwierzętach Adler i Thaler stwierdzili odłamanie zębów siecznych.

Bardzo ważnym jest połóg patologiczny, szczególnie gorączka połogowa. Zapalenie przyusznicy, jako częściowy objaw ropnicy połogowej, nie jest rzadkiem zjawiskiem. Z drugiej strony jamę ustną kobiety można uważać za punkt wyjścia dla schorzeń gorączkowych (ropotok zębodołowy lub stany zapalne jamy ustnej). Bosse przeprowadził w tym kierunku badanie kobiet będących w ciąży i znalazł stosunki przerażające. Nadzwyczaj ciekawe są badania prof. Guttmanna, dokonane na położnych i uczenicach kursów akuszerskich celem ustalenia etjologji posocznicy z późnego okresu połogu.

Zbadano 35 praktykujących położnych i 36 uczenic. Uzębienie tych pań znajdowało się w stanie wprost zaniedbanym. Jeden z przytoczonych przez autora przypadków zasługuje na szczególną uwagę. Pewna położna, która właśnie miała w swojej praktyce przypadek gorączki połogowej, od 4 lat była na posadzie i w ciągu tego czasu mogła wskazać już na 2 ciężkie przypadki. Badanie wykazało obecność tylko 18 zębów; z nich 10 dotknięte były głęboką próchnicą i oprócz tego 9 korzeni nie wypełnionych. Zapomocą badań bakterjologicznych ustalił Guttmann drogę zakażenia. Jeszcze raz podkreślam, że badania te posiadają wielką wartość, gdyż wskazały nam drogę do walki z wydarzającemi się jeszcze obecnie przypadkami posocznicy połogowej. Jeśli poprzednio twierdziłem, że pielegnacja jamy ustnej kobiet w ciąży jest nieodzownym warunkiem zachowania zdrowia, to może jeszcze w wyższym stopniu podkreślę żądanie Guttmana, dotyczące sprawy nienagannego stanu jamy ustnej wszystkich tych osób, które z racji obowiązków swoich znajdują się u łoża rodzącej kobiety.

Możliwem jest, że nic nowego nie powiedziałem, przypuszczam jednak, że zainteresowało czytelników wyłuszczenie poglądów moich z punktu widzenia ginekologa na stosunek bądźcobądź ścisły między waszym a naszym zawodem.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift. 30 Jahrgang. № 7. 1927. *S. Sokalski (Łódź).*

ROZPORZĄDZENIE
PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ
Z DNIA 10 CZERWCA 1927 R.
O WYKONYWANIU PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ

Na zasadzie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospoplitcj do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. № 78, poz. 443) postanawiam co następuje:

I. PRAKTYKA LEKARSKO-DENTYSTYCZNA.

Art. 1. Praktyką lekarsko-dentystyczną, polegającą na wykonywaniu wszelkich zabiegów lekarsko- i techniczno-dentystycznych, mogą się zajmować osoby, które:

1. są obywatelami Państwa Polskiego,
2. a) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych, lub
   b) dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany lub uznany przez Państwowy Instytut Dentystyczny,
3. odbyły jednoroczną praktykę przygotowawczą w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu.

Warunki odbywania praktyki przygotowawczej, wskazanej w p. 3 artykułu niniejszego, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego Do chwili wydania tego rozporządzenia osoby, odpowiadające warunkom, zawartym w p. 1 i 2 niniejszego artykułu, zwolnione są od obowiązku odbycia praktyki przygotowawczej.

Art. 2. Poza osobami uprawnionemi w myśl art. 1, mogą zajmować się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej, o ile odpowiadają warunkowi, przewidzianemu w p. 1 art. 1, osoby następujące:

1. osoby posiadające dyplomy lekarskie, wyszczególnione w punktach 1, 2, 3, 4 art. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktykj lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. R. P. № 105, poz. 762);

2. lekarze-dentyści, którzy posiadają dyplomy, wydane przez uniwersytety b. Cesarstwa Rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r.;

3. lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Niemieckiem przed dniem 27 grudnia 1918 r.;

4. osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w Państwie Niemieckiem, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1 stycznia 1922 r. do dnia 15 czerwca 1922 r. na obszarze górnośląskej części województwa śląskiego;

5. osoby, posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy dentystów w b. Generał-Gubernatorstwie Warszawskiem w latach: 1916, 1917 i 1918 r;

6. osoby, posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych, znajdujących się na obszarze b. Cesarstwa Rosyjskiego, o ile zgłoszą swoje uprawnienia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w terminie 4-miesięcznym od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i złożą najpóźniej w ciągu dwóch lat od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia egzamin na lekarzy-dentystów przed właściwemi komisjami uniwersyteckiemi, w zakresie ustalonym dotychczas obowiązującemi przepisami;

7. dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. Cesarstwa Rosyjskiego, Wojennej Akademji Lekarskiej w Petersburgu i Żeńskiego Instytutu Medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27 listopada 1917 r.

Art. 3. Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem na określony przeciąg czasu osobom, które:

a) powołane zostały przez władze państwowe z zagranicy jako profesorowie wyższych szkół państwowych, względnie Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie, chociaż nie mają warunków określonych w art. 1 względnie w art. 2 niniejszego rozporządzenia, posiadają jednak uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach, — a to na czas, przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich, względnie w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie;

b) nie są w możności niezwłocznie wykazać dowodnie, że posiadaja wymagane w art. 1 względnie w art. 2 warunki, lub nie odpowiadają jeszcze warunkom, w art 1 p. 1 i 3 wymienionym, poczyniły jednak u władz odpowiednich starania, potrzebne celem usunięcia braków, — z warunkiem dopełnienia tych braków w terminie, który ustali rozporządzenie wykonawcze;

c) przez zamążpójście za cudzoziemców utraciły warunki, wymagane w art. 1 p. 1, o ile przed zamążpójściem zajmowały się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem, — z zastrzeżeniem prawa wzajemności.

Art. 4. Osobom, które posiadają prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w myśl art. 1, 2 i 3 rozporządzenia niniejszego, służy prawo do używania tytułu „lekarza-dentysty".

Art. 5. W razie wojny, w braku dostatecznej liczby lekarzy-dentystów, obowiązanych do służby wojskowej, powołanych na podstawie świadczeń oraz dobrowolnych zgłoszeń, Minister Spraw Wewnętrznych może w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych dopuścić do pełnienia praktyki lekarsko-dentystycznej w wojskowych przychodniach dentystycznych, jednak bez prawa wykonywania praktyki prywatnej, osoby nie będące obywatelami Państwa Polskiego, a posiadające prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach, na mocy tamże otrzymanych względnie uznanych dyplomów.

Art 6. Przed rozpoczęciem wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej lekarze-dentyści, posiadający warunki określone w art. 1 obowiązani są zarejestrować się u władzy administracyjnej I instancji, składając dowody uprawnień.

Osoby, pragnące korzystać z uprawnień, przysługujących im na podstawie art. 2 niniejszego rozporządzenia, winny zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, które zarejestrowanym wydaje zaświadczenia pisemne o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem.

Ponadto lekarze-dentyści (art. 1, 2 i 3) winni władzy administracyjnej I instancji wskazać miejsce stałego wykonywania praktyki oraz donosić pisemnie o każdorazowej zmianie adresu i zaniechaniu praktyki.

Art. 7. Lekarze-dentyści, którzy zamierzają wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną poza przychodniami (art. 8), zakładami leczniczemi i u innych lekarzy-dentystów, powinni wykonywać praktykę osobiście lub przy pomocy osób, do tego uprawnionych, jednak pod osobistem i faktycznem kierownictwem.

Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w dwóch lub więcej miejscach jest wzbronione.

Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w uzdrowiskach nie podpada pod postanowienia ust. 2 ninieszego artykułu, o ile nie trwa dłużej niż 5 miesięcy w jednym roku kalendarzowym.

Lekarze-dentyści, wyszczególnieni w ust. b p. 2 art. 1 oraz w p. 2, 3, 4, 5, 6 i 7 art. 2 mogą ogłaszać się w sposób, przepisany pod względem formyi treści rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 8. Przychodnie lekarsko-dentystyczne mogą być zakładane i utrzymywane przez osoby posiadające uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej (art 1 i 2) tylko po uprzedniem uzyskaniu zezwolenia władzy administracyjnej II instancji, a w Warszawie Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Pozwolenie na zakładanie i utrzymywanie przychodni lekarsko-dentystycznych może być udzielane także osobom prawnym, o ile ich statuty przewidują prowadzenie odnośnych czynności.

Uruchomienie przychodni lekarsko-dentystycznej może nastąpić po stwierdzeniu przez władzę administracyjną, że urządzenie jej odpowiada obowiązującym przepisom.

Kierownikiem przychodni lekarsko-dentystycznej może być tylko lekarz-dentysta, który wykazał się najmniej trzechletnią praktyką lekarsko-dentystyczną.

Przepisy o zakładaniu i utrzymywaniu przychodni lekarsko-dentystycznych, zawarte w ust. 1 i 2 niniejszego artykułu nie mają zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych, Kasy Chorych i Związki tych Kas.

Art· 9. Szczegółowe przepisy, co do urządzenia i koniecznego zaopatrzenia przychodni lekarsko-dentystycznych oraz sposobu prowadzenia ich i regulamin określone zostaną w drodze rozporządzenia przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 10. Kierownicy przychodni lekarsko-dentystycznych oraz lekarze-dentyści zajmujący się praktyką prywatną, winni zgłosić władzy administracyjnej I instancji osoby, wykonywujące u nich praktykę lekarsko-dentystyczną.

Art. 11. Osoby, utrzymujące w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przychodnie lekarsko-dentystyczne, są obowiązane celem dalszego ich prowadzenia wyjednać przewidziane artykułem 8 zezwolenie nie później jak w ciągu 3 miesięcy od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 12. Nadzór i kontrola nad przychodniami lekarsko-dentystycznemi należą do państwowych władz sanitarnych.

Przychodnie lekarzo-dentystyczne Kas Chorych i Związków Kas Chorych podlegają w myśl art. 97 i 98 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P № 44, poz. 272) nadzorowi właściwych okręgowych urzędów ubezpieczeń przy współudziale delegatów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do tych urzędów

Przepis ust. 1 niniejszego artykułu nie ma zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych, zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych.

II. O WYKONYWANIU CZYNNOŚCI TECHNICZNO-DENTYSTYCZNYCH.

Art. 13. Wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych przez osoby, nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej, dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza-dentysty; osoby te nie mają prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania się, umieszczania szyldów, tablic i ogłaszania się z wyjątkiem ogłaszania się w prasie fachowej.

Wyjątki od przepisów ust. 1 artykułu niniejszego zawarte są w postanowieniach przejściowych objętych artykułami od 14 do 24.

Art. 14. Na obszarze województw: krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego i na wchodzącej w skład województwa śląskiego części Śląska Cieszyńskiego, mogą wykonywać samodzielnie czynności techniczno-dentystyczne ci technicy dentystyczni, kórzy posiadają obywatelstwo polskie i uzyskali koncesję na wykonywanie przemysłu techniczno-dentystycznego w myśl rozporządzenia austrjackiego Ministra Handlu w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych z dnia 20 marca 1892 r. (Dz. P. P. № 55), wydanego na podstawie § 24 ustawy przemysłowej z dnia 15 marca 1883 r. (Dz. Ust. № 39).

Minister Spraw Wewnętrznych może wydawać wyjątkowo nowe pozwolenia tym technikom dentystycznym, którzy w dniu 1 stycznia 1927 r. posiadali już przynajmniej 7 (siedem) lat nauki i praktyki zawodowej, odbytej na obszarze, wymienionym w ustępie pierwszym artykułu niniejszego. Prawo zgłoszenia o nadan e tych zezwoleń gaśnie w dniu 31 grudnia 1927 r.

Art. 15. Na obszarze województw: pomorskiego, poznańskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego mogą wykonywać samodzielnie czynności technicz no-dentystyczne, o ile posiadają obywatelstwo polskie:

1. ci technicy dentystyczni, którzy posiadają uprawnienia leczenia w Kasach Chorych, w myśl rozporządzenia pruskiego Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 grudnia 1913 r. L. dz. 770, wydanego do § 123 niemieckiej państwowej ustawy ubezpieczeniowej z dnia 19 lipca 1911 r. (Dz. Ust. Rzeszy str 409);

2. ci technicy dentystyczni, którzy wprawdzie nie posiadają kwalifikacji, wymienionych w punkcie 1-szym artykułu niniejszego, jednakże pracują samodzielnie na obszarze tych województw co najmniej od 1 stycznia 1913 r. i zostali w myśl obowiązujących przepisów we właściwym czasie zarejestrowani;

3. ci technicy dentystyczni, którzy rozpoczęli naukę na obszarze tych województw przed dniem 1 stycznia 1920 r., a brakujące lata nauki lub praktyki pomocniczej uzupełnili u lekarza-dentysty, uprawnionego technika dentystycznego, lub technika dentystycznego najdalej do dnia 1 czerwca 1927 r.

Prawo do rejestracji uprawnień wymienionych w niniejszym artykule gaśnie w dniu 31 grudnia 1927 r.

Art. 16. Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w artykułach 14 i 15 niniejszego rozporządzenia, z chwilą uzyskania pozwolenia, względnie rejestracji, mają prawo używać tytułu technika dentystycznego i są uprawnieni do brania wycisków celem sporządzania wszelkiego rodzaju dostawek zębowych oraz osadzania ich w jamie ustnej, jednak bez prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych.

Art. 17. Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w art. 14 i 15, którzy złożą specjalny egzamin z wynikiem pomyślnym w myśl art. 20. mogą poza uprawnieniami, przewidzianemi w art. 16, wykonywać wszelkie zabiegi na poszczególnych zębach i uzębieniu, wchodzące w zakres czynności, jakich potrzeba do sporządzania zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej.

Art. 18. Technicy dentystyczni, wyszczególnieni w ustępie pierwszym art. 14 i w punktach 1 i 2 art. 15, którzy w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pozostają w zawodzie techniczno-dentystycznym bez przerwy od lat 15, są zwolnieni od składania specjalnego egzaminu, przewidzianego art. 17.

Art. 19. Technicy dentystyczni, korzystający z uprawnień przewidzianych art. 17. i 18, mają prawo używać tytułu: „uprawniony technik dentystyczny".

Art. 20. Przewidziany w art. 17 specjalny egzamin, osoby zainteresowane winny złożyć przed komisją egzaminacyjną. Komisje egzaminacyjne dla tego egzaminu zostaną utworzone w miastach, posiadających uniwersyteckie wydziały lekarskie, — przy władzach administracyjnych II instancji.

Skład komisyj egzaminacyjnych, zakres, termin egzaminów i ich warunki zostaną określone w drodze rozporządzenia przez Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 21. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni mogą korzystać z przysługujących im uprawnień, o ile zarejestrują się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych za pośrednictwem właściwych urzędów administracyjnych, składając dowody uprawnień.

Zarejestrowanym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydaje zaświadczenie pisemne o uprawnieniu do wykonywania czynności techniczno-dentystycznych. Przeprowadzenie rejestracji i wydawanie zaświadczeń, przewidzianych w artykule niniejszym, Minister Spraw Wewnętrznych może przekazać wojewodom.

Art. 22. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni winni posiadać pracownie techniczno-dentystyczne i prowadzić je pod własnem i faktycznem kierownictwem. Pracownie techniczno-dentystyczne podlegają kontroli państwowych władz sanitarnych. Przepisy o prowadzeniu i zaopatrzeniu pracowni techniczno-dentystycznych wydane zostaną w drodze rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 23. Uprawnieni technicy dentystyczni i techicy dentystyczni nie mogą posiadać w swych pracowniach, względnie pomieszczeniach, narzędzi i przyrządów oraz jakichkolwiek środków, które służą do wykonywania czynności i zabiegów, dozwolonych wyłącznie lekarzom-dentystom.

Technicy dentystyczni nie mogą posiadać narzędzi i przyrządów do wykonywania czynności i zabiegów, dozwolonych wyłącznie uprawnionym technikom dentystycznym(art. 19).

Art. 24. Uprawnieni technicy dentystyczni i technicy dentystyczni mogą ogłaszać się w sposób, przepisany pod względem formy i treści rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

III. POSTANOWIENIA OGÓLNE I KARNE.

Art. 25. Nadzór i kontrola nad wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej oraz nad wykonywaniem czynności uprawionych i techników dentystycznych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do władz administracyjnych I instancji.

Art. 26. Zakres uprawnień do stosowania leków przez lekarzy-dentystów, wyszczególnionych w ust. b p. 2 art. 1 oraz w p. 2, 3, 4, 5, 6, i 7 art. 2, tudzież przez uprawnionych techników dentystycznych określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 27. Winni naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń lub zarządzeń, wydanych na jego podstawie, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej, będą karani aresztem do 6 tygodni i grzywną do 500 zł. lub jedną z tych kar.

W razie niemożności ściągnięcia grzywny władza orzekająca oznaczy w orzeczeniu karę zastępczego aresztu według swego uznania, jednak nie ponad 2 tygodnie.

Władza administracyjna II instancji może osoby ukarane dwukrotnie — na podstawie postanowień niniejszego — pozbawić prawa wykonywania czynności zawodowych na czas od miesięcy dwóch do lat trzech.

Do orzekania powołane są władze administracyjne I instancji. Przeciwko orzeczeniu władzy administracyjnej I instancji można w ciągu siedmiu dni od dnia doręczenia orzeczenia wnieść na ręce tejże władzy żądanie przekazania sprawy właściwemu sądowi powiatowemu (pokoju), który postąpi wedle przepisów obowiązujących w Iej instancji sądowej. Wyrok sądu okręgowego, wydany w II instancji, jest prawomocny.

Na obszarze województw: poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego stosuje się przepisy o wydaniu policyjnych mandatów karnych

IV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.

Art. 28. Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych, co do art. 1, 2 i 20 w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, co do art 5 w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych, co do art. 12 w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej, a co do art. 27 w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości.

Art. 29. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Państwa Polskiego z wyjątkiem województwa śląskiego. Na obszarze województwa śląskiego rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z chwilą ogłoszenia na nie zgody Sejmu Śląskiego.

Jednocześnie z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, normujące wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej oraz czynności techniczno-dentystycznych, względnie regugulujące sprawy przemysłu techniczno-dentystycznego.

Prezydent Rzeczypospolitej: *I. Mościcki*
Prezes Rady Ministrów i Minister Spraw Wojskowych: *J. Piłsudski*
Minister: *K. Bartel*
Minister Spraw Wewnętrznych: *Sławoj Składkowski*
Minister Spraw Zagranicznych: *August Zaleski*
Minister Skarbu: *G. Czechowicz*
Minister Sprawiedliwości: *A. Meysztowicz*
Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego: *Dr. Dobrucki*
Minister Rolnictwa: *K. Niezabytowski*
Minister Przemysłu i Handlu: *E. Kwiatkowski*
Minister Komunikacji: *Romocki*
Minister Robót Publicznych: *Moraczewski*
Minister Pracy i Opieki Społecznej: *Dr. Jurkiewicz*
Minister Reform Rolnych: *Witold Staniewicz*
Minister Poczt i Telegrafów: *Bogusław Miedziński*

Z MIĘDZYNARODOWEJ WYSTAWY SANITARNO-HIGJENICZNEJ W WARSZAWIE

W ostatnich dniach maja r. b. odbył się w Warszawie Kongres Międzynarodowy Medycyny i Farmacji Wojskowej, przyczem jednocześnie została otwarta Międzynarodowa Wystawa Sanitarno-Higjeniczna, która trwała od 30 maja do 5 lipca r. b.

Na wystawie, która przedstawiała się imponująco, były reprezentowane firmy krajowe i zagraniczne. Wystawa ta przez cały czas cieszyła się dużą frekwencją.

Dział dentystyczny również był reprezentowany i przedstawiał się naogół dość okazale, gdyż prawie wszystkie firmy warszawskie i niektóre prowincjonalne miały tam swoje stoiska. Jednym z najciekawszych w tym dziale był pawilon, urządzony przez Europejskie Towarzystwo Dentystyczne „Edeko", jako reprezentację firmy The Amalgameted Dental Company Ltd., Londyn, dawn. De Trey Co. i Cl. Ash Sons & Co. Wśród eksponatów tej firmy widzieliśmy artykuły i aparaty, które stanowią ostatnie zdobycze techniczne na tem polu i budzą ogromne zainteresowanie wśród publiczności a zwłaszcza fachowców. Przez cały czas trwania wystawy firma „Edeko" udzielała zainteresowanym fachowych wyjaśnień, demonstrowała wystawione aparaty przyczem na żądanie zwiedzających robiono zdjęcia roentgenowskie. Wystawione były również modele wszystkich gatunków zębów sztucznych, produkowanych przez firmę De Trey, jako też gablotka, zawierająca poszczególne części składowe, ilustrujące przebieg fabrykacji tych zębów. Z wystawionych aparatów najokazalej przedstawiał się „Unit",— aparat uniwersalny stanowiący całkowity komplet wszystkich poszczególnych utensylij pokoju ordynacyjnego lekarza-dentysty.

W dziale dentystycznym Firma The Amalgameted Dental Co., dawniej De Tey Co. i Cl. Ash Sons & Co , otrzymała najwyższe odznaczenie t. j dyplom honorowy. Należy też nadmienić, że podczas otwarcia wystawy Pan Prezydent Rzeczypospolitej zwiedził pawilon tej firmy, okazał duże zainteresowanie dla wystawionych aparatów i wysłuchał wyczerpujących wyjaśnień, udzielonych przez Dyrektora „Edeko" p. A. Rogożyńskiego.

Firma „Dens" Jakób Szwarc w Warszawie, pierwsza w kraju fabryka foteli, maszyn i urządzeń dentystycznych, założona w r. 1902 (święci w roku bieżącym jubileusz 25-letni), wystawiła własne wyroby.

Założona w r. 1902, fabryka ta rozwijała się stopniowo i dzisiaj pokrywa prawie całe zapotrzebowanie w Polsce.

Dzięki najnowszym ulepszeniom technicznym, sprężystości fachowego kierownictwa, wyroby fabryki stanęły na wysokiem poziomie i mogą konkurować z produkcją zagraniczną.

Na pierwszej Wystawie Dentystycznej w Łodzi w r. 1909 wyroby firmy „Dens" nagrodzone zostały złotym medalem, na Wystawie Dentystycznej we Lwowie — listem pochwalnym. Fabryka wyrabia fotele pompkowe, korbowe, szlifierki, wiertarki i t. p.

Oprócz tego „Dens" reprezentuje firmy Wienand S-wie i S-ka, Sprendligen (sztuczne zęby „Solo", „Platinor", „Omnic"), Richter & Hoffman. Harvard. Berlin (artykuły „Harvard") i Hager & Meisinger Düsseldorf (świdry).

Z ODDZIAŁU ŁÓDZKIEGO ZWIĄZKU ZAWOD. LEKARZY-DENTYSTÓW w P. P.

SPRAWOZDANIE ZARZĄDU Ł. O. ZW. ZAW. LEK.-DENT. w P. P.

Zarząd Oddziału został obrany na dorocznem zebraniu w dniu 14 i 21 stycznia 1926 roku i ukonstytuował się w sposób następujący: prezes: Litwin, wice-prezesowie: Rzędowska i Babad, Sekretarze: Żytnicka-Kahanowa i Sokalski; członkowie bez mandatu: Reznikowa, Haberfeld i Halpern. Po zrzeczeniu się mandatu przez kol. Litwina prezesem Zarządu został wybrany jednogłośnie kol. Sokalski. Do końca kadencji Zarząd pracował w zmniejszonym składzie ze względu na zrzeczenie się mandatu również przez kol. Haberfelda.

Działalność Zarządu obejmowała wszystkie dziedziny życia zawodowego i było bardzo obszerną, na co wskazać mogą poniższe liczby: załatwiono korespondencji wchodzącej — 125, wychodzącej — 365; posiedzeń Zarząd odbył — 44.

Największą troską Zarządu była sprawa Ustawy o wykonaniu praktyki dentystycznej, której poświęcono sporo czasu i pracy. Wraz z komisją dla Obrony Ustawy na terenie sejmowym (komitet miejscowy) opracowywano artykuły, wyświetlające prawdziwy stan rzeczy, i umieszczano w prasie stołecznej i miejscowej.

Sprawa redukcji lekarzy-dentystów w Kasie Chorych m. Łodzi została załatwiona wspólnie z Zarządem Kasy Chorych, przyczem udało się osięgnąć wyniki zadawalające.

Sprawa wprowadzenia obowiązkowego badania jamy ustnej dwa razy do roku u dzieci, uczęszczających do szkół średnich, była kilkakrotnie rostrząsaną na wspólnych konferencjach z P. Kuratorem Okręgu Szkolnego Łódzkiego. P. Kurator Owiński bardzo przychylnie odniósł się do wniosku Zarządu, popartego odpowiednim memorjałem, i o swoim poglądzie na sprawę zawiadomił wystosowanem ad hoc pismem dyrekcje wszystkich szkół średnich na terenie m. Łodzi. Zarząd również komunikował się listownie z dyrekcjami 30 szkół, niestety, bezowocnie. Ciała kierownicze tych zakładów nie uważały za potrzebne dowiedzieć się, mimo listu p. Kuratora, o szczegółach sprawy, mającej na celu uzdrowienie jamy ustnej dziatwy szkolnej i tem, oczywiście, wystawiły sobie smutne świadectwo. Zresztą 1 (!) dyrektor odpowiedź nadesłał, komunikując, że oględziny jamy ustnej przeprowadza lekarz szkolny. Wspomniana akcja będzie podjętą w bieżącym roku powtórnie.

Z Wydziałem Zdrowotności Publicznej przy Magistracie m. Łodzi pertraktował Zarząd w sprawie uruchomienia przychodni miejskiej dla dziatwy szkół powszechnych, składając również umotywowany memorjał. Mimo usilnych zabiegów i kilku konferencji, nie udało się przez czas pewien otrzymać ostatecznej odpowiedzi. W końcu nadeszła odpowiedź odmowna ze względu na uruchomienie przychodni (w międzyczasie) przez Wydział Zdrowotności. W ten sposób Zarząd pośrednio przyczynił się do stworzenia tak ważnej placówki, brak której dotkliwie odczuwano.

Na Zjazd Delegatów do Rady Głównej nadesłano wnioski, z których najważniejsze dotyczyły zorganizowania kursów dokształcających w Warszawie, porozumienia się z wszystkiemi organizacjami lekarzy-dentystów i Stomatologów celem przystąpienie tychże do „Funduszu Pośmiertnego”, również zmian i uzupełnień w statucie Funduszu. Na Zjeździe kol. Sokalski wygłosił referat w sprawie kursów uzupełniających, natomiast referatu o utworzeniu stanowisk lekarzy-dentystów w szkołach średnich nie odczytano ze względu na nieprzybycie na Zjazd referenta kol. Litwina. Konferencje, które urządzał Zarząd z członkami Oddziału w sprawie uiszczenia składek i zaległości, dały dobre wyniki i obecnie większość członków Oddziału regularnie wpłaca składki i spłaca ratami zaległości.

Również akcja dotycząca kolegów, nie stosujących się do przepisów regulaminu wewnętrznego w sprawie zawieszania szyldów, nie odpowiadających tym przepisom, została uwieńczona powodzeniem, gdyż większość kolegów zastosowała się do wymogów regulaminu i tylko sprawy kilku opornych przekazano Sądowi Koleżeńskiemu. Ze względu na pewne okoliczności łagodzące, Sąd Koleżeński w związku ze sprawą tą zezwolił tym kolegom na dobrowolne wystąpienie z Oddziału.

Zarząd wspólnie z adwokatem Kaleckim, który jest radcą prawnym Oddziału i udziela porad prawnych członkom Oddziału bezpłatnie, opracował statut „Kasy współdzielczej wzajemnej pomocy” przy Ł. Oddz. Współdzielnia ta, po zatwierdzeniu statutu przez Walne Zebranie i zalegalizowaniu przez Władze, zostanie natychmiast uruchomiona.

Ze względu na to, że „TOZ” uruchomił w roku sprawozdawczym przychodnię dentystyczną dla biednej dziatwy, Zarząd przed uruchomieniem instytucji tej utrzymywał ścisły kontakt z komisją organizacyjną, a biuro pracy Oddziału przesłało, stosownie do prośby Zarządu „TOZ'U”, na ręce tegoż spis kandydatów na posadę lekarza-dentysty we wsponianej przychodni.

Ze stowarzyszeniem kupców m. Łodzi zawarto umowę w sprawie ulgowej pomocy dentystycznej dla członków stowarzyszenia; zbiorową umowę, aczkolwiek na innych warunkach, zawarto ze związkami urzędników państwowych. Przychylając się do prośby Zarządu Zw. Zaw. pracowników biurowych i handlowych, zorganizowano dla bezrobotnych członków powyższego związku pomoc doraźną bezpłatną.

Z innych spraw przez Zarząd załatwionych wymienić należy: utworzenie komisji podatkowej i towarzyskiej; uzyskanie ulgowych cen w Teatrze Miejskim; zawarcie umowy z gabinetem roentgenologicznym w sprawie zniżonych opłat dla pacjentów przez członków Oddziału kierowanych; zorganizowanie komitetu dla uczczenia b. p. Jakóba Haberfelda; zaprowadzenie listy ewidencyjnej członków Oddziału; zapoczątkowanie funduszu na aparat roentgenowski; prenumerata fachowych pism krajowych. i zagranicznych.

Rozpatrzono deklaracyj o przyjęcie w poczet członków Oddziału — 16 Przyjęto nowych członków 14; odrzucono deklaracyj — 2.

Walnych zebrań odbyto 11, w tem naukowych — 5.

Tematy odczytów, wygłoszonych na posiedzeniach naukowych:

1. „Łączność między chorobami zębów, a chorobami uszu, gardła i nosa. — Dr. Wołyński.

2. „Paradentitis i paradentosa” — Prof. dr. H. Wilga i dr. Gelbard.

3. „Przyczynek do dziejów zębolecznictwa na terenie łódzkim" — lek-dent. Zalcwasser.

4. „Rola chorób uzębienia w patalogji oka i konieczność współpracy okulisty z lekarzem-dentystą". — Dr. Szwejg.

5. „O wyjmowaniu zębów". — Dr. Lajchter.

Dodać należy, że w roku sprawozdawczym została całkowicie uporządkowana bibljoteka Łódzkiego Oddziału i księgozbiór, pozostały po Łódzk. Tow. Odont. Sprawę tę przekazano do załatwienia kol. St. Rozenowi, który dobrze wywiązał się z poruczonego jemu zadania.

Prośba Zarządu o wyznaczenie rzeczoznawców do Urzędów Skarbowych została załatwiona przychylnie i w roku sprawozdawczym prawie we wszystkich Urzędach Skarbowych członkowie Oddziału mieli obrońców w sprawach podatkowych.

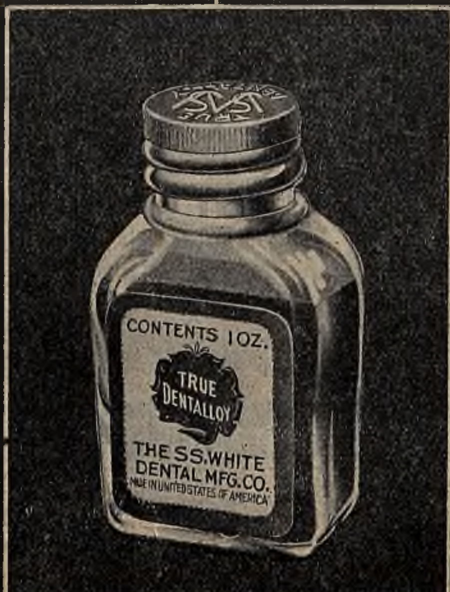
Żytnicka-Kahanowa.



NARESZCIE ZNOWU JESTEŚMY w POSIADANIU
PRZEDWOJENNEGO AMALGAMATU SREBRA
ZNANEJ MARKI

"TRUE DENTALLOY"

FIRMY THE S. S. WHITE DENTAL MFG. Co.



AMALGAMAT SREBRA "TRUE DENTALLOY"

NIE DA SIĘ ZASTĄPIĆ PRZEZ ŻADEN INNY TEGO RODZAJU PREPARAT,
GDYŻ:

TWORZY WYPEŁNIENIE O NADZWYCZAJNEJ TRWAŁOŚCI,
NIE ZMIENIA BARWY WŁASNEJ, NIE ZABARWIA ZĘBA,
PRZYLEGA ŚCIŚLE DO BRZEGÓW TEGOŻ, ZARABIA SIĘ
Z RTĘCIĄ w PLASTYCZNĄ MASĘ, ŁATWO UPYCHA SIĘ
i ODBUDOWUJE KSZTAŁT i FORMĘ CZĘŚCI ZĘBA,
ZNISZCZONEGO PRZEZ PRÓCHNICĘ.

WSKUTEK WSZYSTKICH TYCH ZALET

"TRUE DENTALLOY"

JEST PREPARATEM, KTÓREGO OCZEKIWANO z NIECIERPLIWOŚCIĄ,
A KTÓRY OBECNIE NABYĆ MOŻNA w BOGATO ZAOPATRZONYM
SKŁADZIE MATERJAŁÓW DENTYSTYCZNYCH

CH. OGÓLNIKA, ŁÓDŹ, UL. PIOTRKOWSKA № 23


Dentoria
Plastic
Porcelain
A Silicate
Porcelain
Cement
TRADE MARK
SDA
DIPLOMA OF HONOUR: STRASBOURG 1923 PARIS 1925

ŚWIDRY MEISINGERA

światowej sławy

TWARDE, JAK STAL
OSTRE, JAK BRZYTWA

Używający **ŚWIDRY MEISINGERA** lekarz nie rozstanie się z nimi nigdy, gdyż stają się one najlepszym przyjacielem. Jedynie **ŚWIDRY MEISINGERA** zdobyły sobie pierwszorzędne stanowisko na rynku światowym.

Do nabycia
we wszystkich składach dentystycznych

HAGER & MEISINGER, DÜSSELDORF

Wyłączna reprezentacja na Rzeczposp. Polską:
J. SZWARC, WARSZAWA, ULICA CZACKIEGO 6

DENTORIA
CEMENT

AN OXYPHOSPHATE OF ZINC CEMENT FOR FILLINGS AND THE SETTING OF CROWNS AND PIVOTS



DIPLOMA OF HONOUR
STRASBOURG 1923

DIPLOMA OF HONOUR
PARIS 1925

Żądać we wszystkich składach dentystycznych!

Dentoria S.A. 153, Rue Armand-Sylvestre, Courbevoie (Seine)

TELEPHONE: COURBEVOIE Nº100_AD. TELEG: DENTORIA-COURBEVOIE_ R.C.SEINE 87.116

NASZ CEMENT
CYNKOWO-FOSFORANOWY

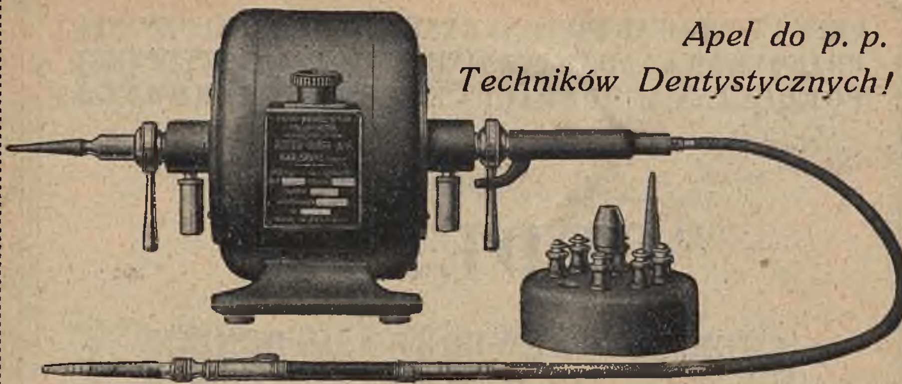
odpowiada wszelkiem wymaganiom praktyka i używa się z największem powodzeniem jako materjał do wypełnień, również do osadzania i cementowania koron, dostawek mostowych i t. p.

Gatunki:

szybko-schnący
umiarkowanie-schnący
powoli-schnący

Kolory: białawy, żółty, złotawo-żółty, szary, jasno-szary i bronzowy

Apel do p. p.
Techników Dentystycznych!



Już czas najwyższy

rozpocząć pracę podług najnowszych metod, szczególnie gdy oddane zostały do Waszej dyspozycji szlifierki elektryczne firmy

Ritter-Biber

te precyzyjne maszyny, które zaoszczędzą Wam trudów i czasu i przyczynią się do powiększenia dobrobytu materjalnego i zachowania zdrowia i energji, którą tak niepotrzebnie wydatkujecie.

Szlifierka elektryczna — to:

niezawodne działanie,
punktualność, czystość, udogodnienie,
spokój dla nerwów, absolutna cisza w pracowni
i gwarancja powodzenia.

NA BARDZO DOGODNYCH WARUNKACH DO NABYCIA
W BOGATO ZAOPATRZONYM SKŁADZIE PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH

CH. OGÓLNIKA w ŁODZI

PIOTRKOWSKA 23 :: TELEFON № 23-73

Szlifierka elektryczna

zajmuje mało miejsca, może być połączona ze zwykłym kontaktem, może zmieniać szybkość zapomocą regulowania czterokrotnie, posiada 9 nasadek do umocowania: szczotek, świdrów i filcu, może być połączona z górną częścią wiertarki i nadaje się do wszelkich robót kauczukowych i metalowych, największych i najmniejszych.

CEMENT SOLILA DE TREY'A

NADZWYCZAJNY!



Do otrzymania przez składy dentystyczne

THE AMALGAMATED DENTAL CO. LTD.

FORMERLY:

DE TREY CO. LTD. & CL. ASH SONS CO. LTD. LONDON

JENERALNE PRZEDSTAWICIELSTWO:

EUROPEJSKIE TOWARZYSTWO DENTYSTYCZNE "EDEKO"